

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

นางสาวเดือนแรม ยศปัญญา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2555

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและเพิ่มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นเพิ่มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 SENSE OF COHERENCE PROMOTING PROGRAM ON QUALITY OF  
LIFE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS IN COMMUNITY

Miss Duenram Yoetpanya

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 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก
	ต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
โดย	นางสาวเดือนแรม ยศปัญญา
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา )

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย )

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิจิต)

เดือนแรม ๗ ค่ำปีชญา : ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อ  
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF SENSE OF  
COHERENCE PROMOTING PROGRAM ON QUALITY OF LIFE OF  
SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS IN COMMUNITY) อ. ที่ปรึกษา :  
รศ. ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 148 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก และ  
เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม  
ความเข้มแข็งในการมองโลกและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วย  
จิตเภทในชุมชน จำนวน 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน  
โดยการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอ  
คลองหาด จังหวัดสระแก้ว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมอง  
โลก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลก ของ Antonovsky (1982)  
ประกอบด้วย 6 กิจกรรม เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินคุณภาพชีวิต กำกับการ  
ทดลองคือ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก โดยเครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบ  
ความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน  
วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมิน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง  
ของแบบประเมินทั้ง 2 ฉบับ เท่ากับ .81 และ .83 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่  
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที(t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็ง  
ในการมองโลกสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คุณภาพชีวิต ของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนหลังการทดลองของกลุ่มที่ ได้รับ  
โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ อย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สาขาวิชา...การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช..... ลายมือชื่อนิสิต.....  
ปีการศึกษา .....2555.....ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

## 5377808236 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : SENSE OF COHERENCE PROMOTING PROGRAM / QUALITY OF LIFE / SCHIZOPHRENIC PATIENTS CAREGIVERS

DUENRAM YOETPANYA: THE EFFECT OF SENSE OF COHERENCE PROMOTING PROGRAM ON QUALITY OF LIFE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS IN COMMUNITY: ASSOC. PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D., 148 pp.

The purposes of this quasi-experimental study were to compare quality of life of schizophrenic patients' caregivers in community before and after received sense of coherence promoting program and to compare the quality of life of schizophrenic patients' caregivers in community between schizophrenic patients' caregivers in community who received sense of coherence promoting program and those who received regular caring activities. The fifty samples were schizophrenic patients' caregivers living in community, Sakaeo province. The samples were randomly assigned into experimental group and control group by 25 subjects for each group. The instruments consisted of sense of coherence promoting program which was constructed by researcher using Antonovsky (1982) concept which comprised of six stages of activities for developing quality of life. The instruments for evaluation of the program were sense of coherence questionnaire and the quality of life questionnaire. These instruments were tested for content validity by five experts and were tested for reliability by alpha Cronbach's alpha coefficient. The reliability of scales were .83 and .81, respectively. Data was analyzed using descriptive and t-test statistics.

Major finding were as follows:

1. Quality of live of schizophrenic patients' caregivers in community who received the sense of coherence promoting program after experiment was significantly higher than before experiment, at the .05 level.

2) After the experiment, quality of live of schizophrenic patients' caregivers in community who received the sense of coherence promoting program was significantly higher than those of caregivers who participated in regular caring activities, at the .05 level.

Field of Study Mental Health and Psychiatric Nursing Student's signature.....

Academic year.....2012..... Advisor's signature.....

### กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วง ได้ด้วยความกรุณา อย่างสูง ของ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ให้คำแนะนำปรึกษา ให้ข้อคิด ช่วยเหลือ เป็นทั้งแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจผู้ วิจัยด้วยดี ตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ แก้ไขความบกพร่องวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต ที่กรุณาให้คำแนะนำเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบการแปลภาษาและความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยรวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้อำนวยความสะดวกตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอคลองหาด สาธารณสุขอำเภอดาพระยา ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชันย์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหินกอง และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาตังกอก พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ประสานทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเป็นอย่างดี และที่สำคัญคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตอำเภอคลองหาดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาทุกท่านที่ได้กรุณาอนุมัติการลาศึกษาต่อ รวมทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชันย์ทุกท่านที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาต่อ

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อเหรียญ คุณแม่ยุพิน และครอบครัวศปญญาทุกท่าน ที่ให้กำลังใจ คอยดูแลเอาใจใส่และให้การสนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณกัลยาณมิตรร่วมสถาบันทุกท่านที่ทำให้ผู้วิจัยมีประสบการณ์ที่ดีในชีวิตการศึกษาตลอดระยะเวลาการศึกษา

ท้ายที่สุดนี้คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่ คุณพ่อ คุณแม่ ครูอาจารย์ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว และผู้มีพระคุณทุกท่าน ขอให้ท่านมีความสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	16
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	24
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	30
แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก.....	41
โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็ง.....	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การดำเนินการทดลอง.....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	83
รายการอ้างอิง.....	95
ภาคผนวก.....	105
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ.....	106
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา.....	108
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	110
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	125
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	129
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	133
ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล.....	135
ภาคผนวก ช ตารางการวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ.....	141
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	148



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	1
1	บูรณาการการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก.....	46
2	สรุปลักษณะของการดำเนินการทดลอง.....	75
3	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย.....	77
4	ค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=25).....	79
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลัง ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก (n=25).....	80
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังเข้ารับการทดลอง (n=25).....	81
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=25).....	82
8	ตารางกำหนดการในการดำเนินกิจกรรม โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็ง ในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน .....	116
9	ตารางแสดงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกรายคน.....	136
10	ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังทดลองแยกรายด้าน (กลุ่มทดลอง).....	137
11	ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังทดลองแยกรายด้าน (กลุ่มควบคุม).....	138
12	คะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก.....	139
13	ตารางการวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ.....	142

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด ซึ่งมีทั้งความรุนแรงและเป็นโรคเรื้อรัง ความชุกของโรคในประชากรทั่วไปพบร้อยละ 1-1.5 (Kaplan & Sadock, 1998) และอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทนั้นพบได้ประมาณร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลกและพบได้ทุกเชื้อชาติ (Sadock & Sadock, 2000) ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคนต่อปี (Sadock&Sadock,2005) ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 24.19 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต , 2553) โรคจิตเภทเป็นสาเหตุอันดับ 5 ของการเจ็บป่วยด้วยโรคทั้งหมดที่ทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถและตายก่อนเวลาอันควร (พิเชษฐ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการรักษาโรคจิตเภทที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 25 45) ผลจากการเจ็บป่วยแต่ละครั้งทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติตามแผนการรักษาบกพร่องลง (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) อีกทั้งโรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดจากความแปรปรวนต่อการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมองที่รบกวนการทำงานที่ทางความคิดและสังคมอย่างมากถือว่าเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาโรคหนึ่งที่ต้องการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงจะสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2547)

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเวช มีการปรับบทบาททีมสุขภาพจากการให้บริการเชิงรับมาเป็นเชิงรุก (วิจิตรศรี สุพรรณและคณะ , 2545) โดยให้ความสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลและรักษาพยาบาล จากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจึงมุ่งเน้นการดูแลอาการ เมื่ออาการรุนแรงต่างๆเหล่านี้ก็จะได้รับการจำหน่ายโดยผลักดันให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ขณะที่อาการยังคงหลงเหลืออยู่และร้อยละ 80 กลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัว ( Yip, Law, & Lee, 2000; สมภพ เรื่องตระกูล , 2553) สมาชิกในครอบครัวต้องรับทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ( Montgomery, 1999) โดยบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมักเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น บิดาหรือมารดา สามีนหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะทำหน้าที่รับผิดชอบ ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ (สกาวัฒน์ ภูผา , 2543) มีผลให้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในการทำกิจกรรมต่างๆไป

จนตลอดชีวิต ซึ่งแสดงให้เห็นว่าครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุดและเป็นสถาบันที่ดีสำหรับผู้ป่วย (ทัศนีย์ อนันต์พันธุ์พงศ์ , 2540; อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ การป้องกันการกำเริบของโรคและลดอัตราการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาต่อที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (Ruppert, 1996) ซึ่งผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการแสดงหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล (พิเชษ อุดมรัตน์ , 2552) จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลรับรู้ต่อพฤติกรรมและอาการว่าเป็นปัญหาหรือภาวะการดูแลที่ทำให้ผู้ดูแลเดือดร้อน เช่น พฤติกรรมของผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองหรือต่อบุคคลอื่น มีพฤติกรรมรบกวนในช่วงเวลากลางคืนที่ควรได้พักผ่อน ชัดแย้งในครอบครัว และบางครั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนบ้าน (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ , 2544) ผู้ดูแลจะมีสุขภาพที่แย่ง มีความอ่อนล้า มีปัญหาในการนอนหลับ ( Rolland, 1994) และพบว่า 1 ใน 5 ของญาติมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ครอบครัวเกิดความตึงเครียด นำไปสู่การแสดงอารมณ์ต่อกันมากขึ้น (ดวงตา กุศลรัตนญาณ และคณะ , 2545) วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไปกิจกรรมทางสังคมและการพักผ่อนหย่อนใจก็ลดลงและแยกตัวจากสังคม และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด บางรายไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยไว้เพื่อออกไปทำงานนอกบ้าน จึงประสบปัญหาทางเศรษฐกิจจากการที่เคยประกอบอาชีพนอกบ้าน ทำให้ขาดรายได้ประกอบกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาและการดูแลผู้ป่วย (Doombos, 2002; Friedrich, Lively & Bucwalter, 1999) และจากการที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงาน ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระ (burden) แ่ก่น ซึ่งผลกระทบจากภาระการดูแลแบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ ความรู้สึกทุกข์ใจและการมีอารมณ์รุนแรงของผู้ดูแล (บุญวดี เพชรรัตน์และ เขาวานา สุวักขณ์ , 2547; Montgomery, 1985) จากภาระทั้งสองประเภททำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมแย่งลงได้ (ณัฐิยา พรหมบุตร , 2545;Doombos, 2002)สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ขาวนอก ( 2547) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความเข้มแข็งในการมองโลกและวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน พบว่าผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกและมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ ร้อยละ 40 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญหน้ากับปัญหาไม่ตี ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการมองสถานการณ์ในแง่ลบใหม่ ร้อยละ 20 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับต่ำ ส่งผลให้ไม่สามารถใช้การคิดในแง่ดี การมองโลกในแง่ดี ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลไม่ดี

คุณภาพชีวิต (Quality of life) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง มโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้และประเมินสภาวะชีวิตของบุคคล ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน (The WHOQOL group, 1996) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1)ด้านร่างกาย เป็นการรับรู้สภาพด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน 2)ด้านจิตใจ เป็นการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่มีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจของตนเอง และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน 3)ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมทางเพศ 4)ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมในบ้าน แหล่งเงินทุน โอกาสการได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสอดคล้องกับสภาพการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยส่งผลกระทบต่อไปนี้

ด้านร่างกาย พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพตามมา ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ร่างกายทรุดโทรมลง ทำให้เกิดการเจ็บป่วย (รัชนิกร อุปเสน, 2541; Salleh, 1994; Adamic, 1996)

ด้านจิตใจ พบว่าผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียบุคคลที่ตนเคยรู้จัก จากคนที่เคยปกติเปลี่ยนเป็นคนที่มีความวิตกกังวล วุ่นวายใจ ต้องเผชิญกับความตึงเครียด กลัวการถูกทำร้ายจากผู้ป่วยจากการกำเริบของอาการ มีความรู้สึกผิด โดดเดี่ยว คับข้องใจ รู้สึกเป็นตราบาปของสังคม ( Hobbs, 1997; Song, Biegle & Milligan, 1997) ร้อยละ 66.67 มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง และมีอารมณ์หงุดหงิด โกรธ เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ รู้สึกเหมือนติดกับดัก วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไป (มนตรี อมรพิเชษฐกุลและพรชัยสงวนศิลป์ , 2544; สถิตย์ วงศ์สุรประกิจ , 2542; ศรีสุดา วานาลิสินและคณะ , 2546; Baker, 1989)

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่าผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวตามต้องการและกิจกรรมทางสังคมและการพักผ่อนหย่อนใจลดลง เช่น ไม่สามารถไปสังสรรค์กับเพื่อน รู้สึกว่าตนถูกแยกตัวจากสังคมและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (มนตรี อมรพิเชษฐกุลและพรชัยสงวนศิลป์ , 2544; Eakes, 1995) บางรายไม่สามารถหึงผู้ป่วยไว้เพื่อออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในบ้านกับผู้ป่วย ทำให้กิจกรรมที่เคยปฏิบัติลดลงและประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจจาก

การที่เคยประกอบอาชีพนอกบ้าน ทำให้ขาดรายได้ ประกอบกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการรักษา และดูแลผู้ป่วย (Doombos, 2002; Friedrich, Lively & Bucwalter, 1999)

ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ดูแลและบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างขาดความปลอดภัยและขาดความมั่นคงในชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงและไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540; เอื้ออารี สาลิกา, 2543)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ยาวนานส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลโดยตรงทั้งด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมดังกล่าว ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้ดูแลมีความเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจและส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ไม่เอาใจใส่หรือละเลยการดูแล หรือดูแลอย่างขาดประสิทธิภาพ (Eakes, 1995) บางรายถึงกับทำร้ายร่างกายผู้ป่วย ทำให้มีปัญหาซับซ้อนและเกิดการกลับเป็นซ้ำมากขึ้นและเกิดเป็นภาระที่มากขึ้นตามมา (Reinhard, 1994)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ สัมพันธภาพในครอบครัว อาการทางจิตของผู้ป่วย การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว และความเข้มแข็งในการมองโลก (นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์ , 2548; เขวลักษณ์ กลิ่นหอม , 2540) ดังเช่นการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ (2545) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยมาตรวจรักษาหรือรับยาแทนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฝาง และโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 80 และร้อยละ 2.50 มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรชัย พงศ์สงวน ศิลป์ และคณะ (2541) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์ ( 2548) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาของ เขวลักษณ์ กลิ่นหอม ( 2540) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 90 คน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง ซึ่งจะทำให้สามารถเผชิญปัญหาและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลที่มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตยังไม่ถึงระดับดีมากนั้นเนื่องจากลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทที่มักเกิดอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ โดยส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลลดลง ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลตนเองได้เต็มที่ตามต้องการและเป็นอุปสรรคและไม่สามารถที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อคิดว่า

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังถือเป็นภาระที่หนักยิ่ง ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังล้วนต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (WHO, 1996) และการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Eriksson M. & Lindstrom B., 2007)

Antonovsky (1982) ได้ศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก ( the sense of coherence) เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญของบุคคลในการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าหรือปัญหาต่างๆที่เข้ามากระทบจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์ประกอบ 3 ประการคือ 1) เชื่อกันว่าสิ่งเร้าหรือปัญหาต่างๆนั้นเป็นระบบระเบียบ ไม่ยุ่งเหยิง สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผล (comprehensibility) 2) รับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบสามารถบริหารจัดการได้ (manageability) โดยสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์มาช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม 3) รับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบมีความหมาย ทำทาย มีคุณค่าเพียงพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไขให้สำเร็จคุ้มค่า (meaningfulness) (Antonovsky , 1987) ซึ่งถือได้ว่าความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่สุดของคุณลักษณะที่อยู่ในตัวบุคคล สามารถฝึกฝนและพัฒนาได้ ในการนำไปสู่เป้าหมายชีวิตที่ตั้งไว้ โดยการมีความรู้สึกว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับตน การมีความรู้สึกดีต่อตนเอง มีอารมณ์ที่เบิกบาน มองโลกและสิ่งต่างๆในแง่ดี มีความรู้สึกสนุกสนาน และมีความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเองส่งผลให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังเช่นการศึกษาของ Lundman & Norberg (1993) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหา โดยผู้ที่มีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีความสามารถในการเผชิญความเจ็บป่วยได้ดี ส่วนผู้ที่มีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำจะมีพฤติกรรมการการแก้ปัญหาโดยใช้อารมณ์มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Dahlin, Cederblad, Antonovsky & Hagnell (1990) ในกลุ่มที่เป็นผู้ใหญ่และเด็กชาวสวีเดน พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงอาการทางจิต และจากการศึกษาของ ตะวัน วาทกิจ ( 2547) ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคที่มีต่อความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชน พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรค เยาวชนมีระดับความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง จะสามารถเผชิญปัญหาและความเจ็บป่วยได้ดี ปรับตัวได้ดี ทำให้มีสุขภาวะดี และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ยังคงพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง มีการเผชิญความเครียดโดยจัดการกับปัญหาและอารมณ์ยังไม่เหมาะสม (กาญจนา ขาวนอก , 2547) ถ้าหากผู้ดูแลในครอบครัวมีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำจะไม่สามารถมองเห็นปัญหาได้ชัดเจน และไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้

ลู่วงไปได้ ทำให้เกิดความเครียด ทุกข์ใจ และมีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมแย่ลงได้ (ณัฐยา พรหมบุตร , 2545) ทำให้การดูแลผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ (Eakes,1995)

จากการทบทวนวรรณกรรม และแนวทางการ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในประเทศไทย พบว่ามีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (สัมพันธ มณีรัตน์ , 2546) และโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว (สาริณี โต้ะทอง , 2548) มาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ถึงแม้ว่าจะมีความพยายามในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แต่ส่วนใหญ่เป็นเพียงความสนใจซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนา ยังไม่มีการรายงานผลการศึกษาอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังไม่พบว่ามี การส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและ การคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท ในระยะยาว โดยจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ( Antonovsky , 1982) ซึ่งเน้นที่ด้านจิตใจ การปรับตัว และสร้างความเข้มแข็งในการมองโลกในตัวผู้ดูแล โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรค ค ของ ตะวัน วาทกิจ (2547) ซึ่งใช้แนวคิดความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคของ Stoltz (1997) แนวคิดความหวังของ Herth (1990) และแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1982) โดยให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกเอาชนะอุปสรรค ดำเนินการเป็นกลุ่มผู้ดูแล เพื่อ ให้ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทมีองค์ประกอบทั้ง 3 ประการดังข้างต้นเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความ สามารถในการเอาชนะอุปสรรคเพื่อต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตอย่างมีความหวังและมีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่เสมอ สามารถเผชิญปัญหาและสามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีการ ปรับตัวต่อผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับตน การมีความรู้สึกดีต่อตนเอง มองโลกและสิ่งต่างๆในแง่ดี และมีความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง และส่งผลให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก จะมีคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมหรือไม่ อย่างไร
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก จะมีคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก
2. เพื่อเปรียบเทียบ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านมา พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็น บทบาทหนักของผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลนั้น ยังคงยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ( Yip, Law, & Lee, 2000; สมภพ เรื่องตระกูล , 2553) จึงส่งผลกระทบต่อ ด้านลบต่อด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลใน ครอบครัว ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ส่งผลให้ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลต่ำลงได้ (เสาวลักษณ์ ยาสุวรรณ , 2545) และจากการศึกษาพบว่าคุณภาพ ชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตที่ยังไม่ถึงระดับดีมากที่สุดนั้น (นรวิร์ พุ่มจันทร์ , 2548; มนตรี อมรพิเชษฐ์กุลและพรชัยสงวนศิลป์ , 2544) ย่อมส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ของผู้ดูแลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการ ประเมินว่าไม่พึงพอใจและไม่ให้ความสำคัญในองค์ประกอบที่สำคัญในชีวิตของตนเองทั้งด้าน สุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึง คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ สัมพันธภาพในครอบครัว อาการทางจิตของผู้ป่วย การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ใน ครอบครัว และความเข้มแข็งในการมองโลก (นรวิร์ พุ่มจันทร์ , 2548; เสาวลักษณ์ กลิ่นหอม , 2540) ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญของการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมอง โลก โดยการนำผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกเพื่อช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น

แนวทางหนึ่งที่จะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ คือ การส่งเสริมความเข้มแข็ง ในการมองโลก (เสาวลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540) ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลก (Antonovsky, 1982) เป็นการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าหรือปัญหาต่างๆที่เข้ามากระทบชีวิตบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่าสามารถ จัดการได้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นแหล่งประ โยชน์ที่สำคัญที่สุดของคุณลักษณะที่อยู่ในตัวบุคคล สามารถ ฝึกฝนและพัฒนาได้ ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้สูงอายุ โดยพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกใน



เพศชายจะสูงกว่าเพศหญิงและจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น ( Nilsson K. W. et. al., 2009) ซึ่งการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ (ศรีสุดา วนา ลิสินและคณะ, 2546; ตะวัน วาทกิจ, 2547) โดยมีองค์ประกอบ 3 ประการเกิดขึ้นพร้อมกัน ดังนี้ 1) รับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบสามารถเข้าใจได้ มีระบบระเบียบ สามารถอธิบายได้โดยใช้เหตุผล (comprehensibility) 2) รับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบสามารถบริหารจัดการได้ (manageability) โดยสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์มาช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม 3) รับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบมีความหมาย ทำทาย มีคุณค่าเพียงพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วง (meaningfulness) ถ้าผู้ดูแลมีองค์ประกอบทั้งสามอยู่มากก็จะมี ความเข้มแข็งในการมองโลกสูงและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับสูงเช่นกัน (เขวาลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540) ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัย ได้ให้ความสำคัญของความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรค ของ ตะวัน วาทกิจ (2547) โดยใช้แนวคิดความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคของ Stoltz (1997) แนวคิดความหวังของ Herth (1990) และแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1982) มี 7 กิจกรรม คือ 1) ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ 2) การเรียนรู้และเข้าใจ 3) การควบคุมอุปสรรค 4) เข้าใจและรับผิดชอบ 5) อุปสรรคที่มีที่สิ้นสุดและเสริมความอดทนต่อปัญหา 6) กรณีศึกษา : ความสามารถในการเอาชนะอุปสรรค และ 7) ปัจฉิมนิเทศ ซึ่งผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้โดยปรับกิจกรรมที่ 2 และ 4 เข้าด้วยกันเนื่องจากมีเนื้อหาและรูปแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกัน ส่วนกิจกรรมที่ 1,3,5,6 คงไว้ และปรับกิจกรรมที่ 7 เป็นการชี้แหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งในการทำกิจกรรมกลุ่มโดยทั่วไปสามารถทำกิจกรรมได้ 6-8 ครั้ง (Yalom, 1975) ในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ดังนี้

**ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก** โดยการอภิปรายกลุ่ม เพื่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและระหว่างผู้ดูแลกับผู้ดูแล เป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับ ผู้ดูแลและ มีความต้องการเรียนรู้มากขึ้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) และให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก

**ครั้งที่ 2 การเรียนรู้และเข้าใจปัญหาเชิงบวก** เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุและสามารถจัดการได้ ช่วยบรรเทาความเครียดและทำให้เกิดแรงจูงใจในการแก้ปัญหาหรือทำใจยอมรับ และให้ผู้ดูแลทบทวนถึงปัญหาที่พบขณะดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในตนเอง มองปัญหาในแงุ่มใหม่ เกิดการแก้ปัญหา

ประสิทธิภาพและมีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการปรับตัวด้านร่างกายและจิตใจดี และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (วิมาลา เจริญชัย, 2545)

**ครั้งที่ 3 การทบทวนคุณค่าของตนเองและคนอื่นและฝึกควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้น** โดยให้ผู้ดูแลฝึกทบทวนมองคุณค่าของตนเองและคนอื่นที่ผ่านมาในการจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้สำเร็จ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเองและคนอื่น เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และฝึกการปรับเปลี่ยนแนวคิดการมองโลก ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจกระบวนการเกิดของปัญหา รวมทั้งวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาใดสามารถควบคุมได้และปัญหาใดที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ผู้ดูแลมองโลกในแง่ดี มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตน และทำให้มีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (ศรีสุดา วนาสิลินและคณะ, 2546)

**ครั้งที่ 4 การเสริมสร้างความอดทนและเข้าใจว่าปัญหาที่มีที่สิ้นสุด** เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลหาทางออกและฟื้นตัวได้เร็วขึ้น โดยผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตและวิธีทำให้ปัญหาไม่ยืดเยื้อ เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าปัญหาที่มีที่สิ้นสุดและมีความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางใจและมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งขึ้น (ประเวช ดันดิพิวัฒน์สกุล , 2550) ทำให้มีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

**ครั้งที่ 5 การฝึกพัฒนาทักษะการเอาชนะปัญหา** โดยการสนับสนุนให้ผู้ดูแลค้นหาปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การฝึกหัดทำและการทดลองใช้ในชีวิตประจำวัน (D'Zurilla T, Dobson KS., 1988) เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมีทักษะในการจัดการความเครียดและการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม มีประสบการณ์ของความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาและเกิดความมั่นใจในการเลือกจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่ประสบในชีวิตได้ ทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวได้ดีต่อปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ (อัจฉรวรรณ ตรียวง , 2547) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

**ครั้งที่ 6 การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม** เป็นการพัฒนาทักษะการสื่อสาร เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น ทำให้ได้รับการช่วยเหลือจากสังคมในการแก้ไขปัญหาที่ตนเองไม่สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม (อัญชลี ศรีสุพรรณ , 2547) อีกทั้งยังเกิดการรับรู้และตระหนักมากยิ่งขึ้นว่ามีแหล่งประโยชน์ที่ให้การช่วยเหลือได้ ซึ่ง เป็นการสร้างเครือข่ายในการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และยังทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่แยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985)

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาของ ตะวัน วาทกิจ ( 2547) โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหา และสามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีการ ปรับตัวต่อผู้ป่วยจิตเภท ทำให้มีความรู้สึกรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีความรู้สึกดีต่อตนเอง มองโลกและสิ่งต่างๆ ในแง่ดี และมีความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง และส่งผลให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. คุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก
2. คุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ( Quasi - Experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ( The Pretest – Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้ คือ

1. ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว จำนวน 50 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลอง 25 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ในการศึกษาครั้งนี้
3. ตัวแปร ที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย
  - 3.1 ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก
  - 3.2 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การใช้โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกแก่ผู้ดูแลเป็นรายกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้และเข้าใจปัญหาในเชิงบวก รู้จักคุณค่าของตนเองและคนอื่น มีอารมณ์ที่เบิกบาน มองโลกในแง่ดีจากการฝึกคิดบวก

มีการเรียนรู้ประสบการณ์จากกลุ่มด้วยการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีความอดทนต่อปัญหาและสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ดี มีความรู้สึกว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม สามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ และมีความพึงพอใจต่อชีวิตตนเองนำไปสู่เป้าหมายชีวิตที่ตั้งไว้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1982) ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม เป็นรายกลุ่มผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 12 คนและ 13 คน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 -120 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ดังนี้

**ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เรื่องความเข้มแข็งในการมองโลกโดยการอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้ทราบถึงความหมายและความสำคัญของความเข้มแข็งในการมองโลก พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมประโยชน์ที่ผู้ดูแลจะได้รับ เวลาในการพบกัน ให้การบ้านและการฝึกปฏิบัติ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมและมีความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น

**ครั้งที่ 2 การเรียนรู้และเข้าใจปัญหาเชิงบวก** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ปัญหาจากสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท สร้างความตระหนักให้ผู้ดูแลมีรับรู้อย่างเชื่อมั่นว่า ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุและสามารถแก้ไขได้ จากการทำแบบฝึกพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลก จะช่วยบรรเทาความเครียดและทำให้เกิดแรงจูงใจในการแก้ปัญหาหรือทำใจยอมรับ และการฝึกคิดบวกมองโลกในแง่ดีจากสถานการณ์ต่างๆในชีวิต จะช่วยให้ผู้ดูแลมองปัญหาในแงุ่มุมใหม่ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีการปรับตัวด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจดี และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

**ครั้งที่ 3 การทบทวนคุณค่าของตนเองและคนอื่น ฝึกควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้น** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในการให้ผู้ดูแลฝึกทบทวนคุณค่าของตนเองและคนอื่นจากประสบการณ์ต่างๆที่สามารถจัดการได้สำเร็จ จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเองและคนอื่น เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่จะทำให้บุคคลมีกำลังใจในการเข้าไปจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตเพราะเหตุการณ์เหล่านั้นมีความหมายต่อตนและฝึกการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีการมองโลก ทำให้ผู้ดูแลมองโลกในแง่ดี มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตน และทำให้มีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

**ครั้งที่ 4 การเสริมสร้างความอดทนและเข้าใจว่าปัญหาที่สิ้นสุด** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ดูแลหาทางออกและฟื้นตัวได้เร็วขึ้น จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าปัญหาที่สิ้นสุด ไม่เชื่อมโยงจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่อีกสถานการณ์หนึ่ง และมีความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น โดยการฟังเพลงฤดูที่แตกต่างและร่วมกันวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ และมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง

**ครั้งที่ 5 การฝึกพัฒนาทักษะการเอาชนะปัญหา** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น โดยพยาบาลสนับสนุนให้ผู้ดูแลค้นหาปัญหาและกลวิธีการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากตัวแบบในภาพยนตร์เรื่อง Pay it forward การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม ทำให้มีทักษะในการเผชิญปัญหาเกิดการรับรู้และเรียนรู้ มีประสบการณ์ของความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาและเกิดความมั่นใจในการเลือกจัดการกับสถานการณ์ต่างๆที่ประสบในชีวิตประจำวันได้ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหายใจ และการกดจุดนวดคลายเครียดด้วยตนเอง และร่างกายจิตใจอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลาย สงบและแจ่มใสขึ้น

**ครั้งที่ 6 การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในการให้ความรู้เรื่องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของการร้องขอความช่วยเหลือจากสังคมหรือชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ได้เมื่อประสบกับปัญหาที่ตนเองไม่สามารถจัดการได้ และฝึกให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กรณีตัวอย่างและการแสดงบทบาทสมมติ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะการสื่อสารและการติดต่อทางสังคมดีขึ้น เกิดเป็นเครือข่ายในการดูแลจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และยังทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่แยกจากสังคมหรืออาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับตน รวมทั้งทำให้มีการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหาดจัดให้มีขึ้นเพื่อบริการผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัว ขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

**คุณภาพชีวิต** หมายถึง เป็น การรับรู้ ของบุคคล เกี่ยวกับ ความรู้สึกผาสุกในชีวิต เป็นการประเมินความสุข ความพึงพอใจในชีวิตของตนเองต่อสิ่งที่เป็นองค์ประกอบของชีวิตที่แต่ละบุคคลให้ความสำคัญทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและอยู่ภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตซึ่งแปลและพัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI-26) ซึ่งพัฒนา โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

ด้านร่างกาย (Physical domain) หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจสภาพทางด้านร่างกาย ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น สภาพความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด ความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การมีพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน ความสามารถในการทำงาน การไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

ด้านจิตใจ (Psychological domain) หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง มีความรู้สึกภาคภูมิใจ มั่นใจในตนเอง มีความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความรู้สึกถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคของตนเอง

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) หมายถึง การรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น ความรู้สึกถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และการที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งความรู้สึกในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ มีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

**ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน** หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท โดยเกี่ยวข้องเป็น บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างใดๆ และอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น โดยสามารถเผชิญปัญหาและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล และทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นตามมา

2. เป็นแนวทาง สำหรับการ วิจัย เพื่อ พัฒนา รูปแบบการ ให้บริการ ผู้ป่วย โรคจิตเภท และ ครอบครัว ในชุมชน ที่มี ประสิทธิภาพ เพื่อให้ ผู้ป่วย โรคจิตเภท และ ครอบครัว ในชุมชน มีการ คง ไว้ซึ่ง สุขภาวะ ที่ดี และ ดำเนินชีวิต ได้ อย่างเหมาะสม

3. เป็นการ พัฒนา บทบาท พยาบาล สุขภาพจิต และจิตเวช ในการ ส่งเสริม ความเข้มแข็ง ในการ มองโลก ของ ผู้ดูแล ผู้ป่วย จิตเภท ในชุมชน

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จากตำรา เอกสาร บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาซึ่งนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุ อาการ และการดำเนินของโรคจิตเภท
- 1.3 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

#### 2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.3 กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน
- 2.4 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล
- 2.5 บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### 3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
- 3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- 3.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
- 3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล
- 3.5 บทบาทของ พยาบาล ในการ พัฒนาคูณภาพชีวิต ผู้ป่วยจิตเภทและ ผู้ดูแล ใน

ครอบครัว

#### 4. แนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลก

- 4.1 ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก
- 4.2 องค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลก
- 4.3 ลักษณะของคนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง
- 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลก



## 5. โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

#### 1.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่พบบ่อยและพบมากที่สุด ในจำนวนโรคจิตต่างๆ โดย Eugen Bleuler เป็นผู้ตั้งชื่อโรคนี้ว่า schizophrenia ในปี ค.ศ. 1911 และใช้มาจนถึงปัจจุบัน คำว่า schizophrenia เป็นคำที่มาจากภาษากรีกว่า “skhizo” หมายถึง การแยกออก (split) และ “phren” หมายถึง จิตใจ (mind) เมื่อมารวมกันเป็นคำว่า schizophrenia จึงหมายถึงคนที่มีจิตใจแตกแยก Bleuler เน้นว่าโรคนี้เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (thought process) โดยไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง จากการศึกษายุติกรรมพบว่าโรคนี้เกิดในผู้มีอายุระหว่าง 15-34 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จัดเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข มีอัตราการป่วยซ้ำสูง

#### 1.2 สาเหตุ อาการ และการดำเนินของโรคจิตเภท

1.2.1 สาเหตุปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายๆ ปัจจัย ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1) ปัจจัยด้านชีววิทยา แนวคิดปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเป็น brain disorder

1.1) พันธุกรรม ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้น โอกาสสูง

1.2) ระบบสารเคมีในสมอง โรคจิตเภทเกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ postsynaptic receptor เนื่องจากยารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยการไปปิดกั้น dopamine receptor type 2 (D2 antagonist) และสารสื่อประสาทชนิด serotonin พบว่าการทำงานของ serotonin-2 (5-HT2A) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ serotonin

1.3) กายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle

1.4) ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลง บริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe

## 2) ปัจจัยด้านสังคมและครอบครัว

2.1) การเลี้ยงดูบางรูปแบบทำให้เด็กโตขึ้นป่วยเป็นผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion) ได้แก่ การตำหนิพากษ์วิจารณ์ ทำที่ไม่เป็นมิตร รู้จักกับผู้ป่วยมากไปส่งผลให้โรคกำเริบ

2.2) ผู้ป่วยจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ต้องเผชิญกับสถานะเศรษฐกิจต่ำกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือสภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis)

สรุปได้ว่า ปัจจุบันโรคจิตเภทยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด โดยสาเหตุของโรคจิตเภทมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งแต่ละปัจจัยอาจมีบทบาทในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากัน

1.2.2 ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทย์อเมริกัน (American psychiatric association, 1994; Boyd, 2005; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ดังนี้

1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptom) มีการแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิดและคำพูดมีความคิดในลักษณะแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล มีอาการหลงผิด อาการหูแว่ว มีการแสดงออกในด้านพฤติกรรมเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งเป็นผลมาจากความคิดหลงผิด มีอาการประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลก ๆ ของผู้ป่วย

2) กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptom) มีลักษณะการแสดงพฤติกรรมน้อยลง มีปัญหาในด้านการแสดงออกของอารมณ์ ไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ พุดน้อยลง ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกายต้องเรียน เก็บตัว ไม่แสดงออก เฉยเมย

1.2.4 การดำเนินโรค แบ่งได้เป็น 2 ช่วงตามระยะเวลา ได้แก่ การดำเนินโรคระยะต้น และการดำเนินโรคระยะยาว โดยการดำเนินโรคในระยะต้นประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้ (วัชชัย ลีพพานาจ, 2548)

1) ระยะอาการก่อนป่วย เป็นช่วงระยะเวลาก่อนที่จะมีอาการใด ๆ ของโรค มีลักษณะที่ประกอบด้วยมีความบกพร่องเล็กๆ น้อยๆ ที่ไม่ชัดเจนของ cognitive function ได้แก่ ระดับเชาวน์ปัญญา ความใส่ใจ ความจำที่เกี่ยวกับการพูด และ motor skill ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางสังคม และการศึกษาเล่าเรียน

2) ระยะอาการนำ มีลักษณะทั้งทางด้านพฤติกรรม และประสบการณ์เบี่ยงเบนไปจากปกติที่เป็นอยู่เดิม ซึ่งการทำงานที่บกพร่องอย่างชัดเจน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นลำดับ เป็นอาการ

ที่ไม่เฉพาะเจาะจงและไม่มีอาการโรคจิต มีการเปลี่ยนแปลงทาง cognition ทำให้มี distractibility ง่ายกว่าเดิมและมี attention แ่ลง มีกระบวนการคิดและเนื้อหาความคิด ที่เปลี่ยนไปจากปกติแต่ยังไม่ถึงขั้นที่มีอาการหลงผิด

3) ระยะเกิดอาการโรคจิต ระยะนี้จะเริ่มในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยระดับความรุนแรงของอาการต่างๆของโรค ทั้งกลุ่มอาการบวก กลุ่มอาการลบ อาการด้าน cognition และอาการด้านอารมณ์มีความแตกต่างกัน ได้มากในผู้ป่วยแต่ละราย

### 1.3 การรักษา วิธีการรักษา ประกอบด้วยวิธีการดังนี้

1.3.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น มีปัญหาอื่นๆที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.3.2 การรักษาด้วยยาเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆนั้นส่วนใหญ่มักมีปัญหาจากการขาดยา การรักษาที่นี้อาจแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่

1) ระยะควบคุมอาการ (Acute phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นเป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยาส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

2) ระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรกโดยจะค่อยๆลดขนาดจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้นหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปีหากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาวนานอย่างน้อย 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.3.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น ผลการรักษาไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยาโดยทั่วไป จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic รุนแรงผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย

1.3.4 การรักษาด้านจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษาเนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ

ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆด้าน การรักษาจิตสังคมประกอบด้วย

1) การบำบัดรักษาทางจิตเป็นกระบวนการรักษาโดยการมีสัมพันธภาพระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการมุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัดมี 2 แบบคือ จิตบำบัด แบบรายบุคคลและจิตบำบัดรายกลุ่ม

2) กิจกรรมบำบัดเป็นการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลายๆรูปแบบ เพื่อสร้างความสนุกสนานกระตุ้นความคิดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์

3) พฤติกรรมบำบัดเป็นการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยการให้แรงจูงใจในพฤติกรรมที่เหมาะสมแนะนำแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

4) ครอบครับบำบัดเป็นการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วยการแสดงอารมณ์เพื่อให้การทำหน้าที่ครอบครัวดีขึ้น

5) นิเวศน์บำบัดเป็นการจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย แบบแผนหลักการ วัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจและพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

จะเห็นได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง และเรื้อรัง มีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้อารมณ์และพฤติกรรม ส่งผลให้การทำหน้าที่และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติและทำให้ความสามารถในด้านต่างๆ ลดลง การดูแลรักษาในปัจจุบันใช้การรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตและการรักษาด้วยไฟฟ้าใช้ในรายที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยคงอาการในภาวะปกติมากที่สุด ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาที่สำคัญ คือ การให้ยาเพื่อให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นปกติโดยเร็วที่สุด เนื่องจากยาไปช่วยแก้ไขความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุโรคทำให้เกิดอาการ และอาการแสดงของโรคจิตเภทดีขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจึงต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ เช่น การดื่มสุรา ความเครียด (สมภพ เรืองตระกูล, 2553)

#### 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

##### ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2550) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือการพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยเฉพาะสุขภาพ

จิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวิถีภาวะทางอารมณ์ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย ( 2554) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยส่วนรวมหรือเรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

สรุป การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนหมายถึง การพยาบาลที่ใช้องค์ความรู้แนวคิดทฤษฎี ทั้งในด้านศาสตร์และศิลป์มาใช้ในการดูแลช่วยเหลือและบำบัดสนับสนุนส่งเสริมด้านสุขภาพป้องกันหรือดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยทางจิตรวมทั้งครอบครัว

1.4.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ชัดเจนเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

- 1) เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวมโดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตสังคมและจิตวิญญาณ
- 2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือการทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้วยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือ การตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคลครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วยคือการช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป ( Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ ( Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย ( Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ ( Health Promotion) การป้องกันโรค ( Disease Prevention) และการป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

1.4.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลการประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษาการค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรมต้องรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทุกด้าน เพื่อนำสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 2554) ดังนี้

#### 1.4.2.1 การประเมินสภาพปัญหา

1) การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ได้รับสารอาหารสารน้ำ การพักผ่อน พยาบาลใช้การสังเกต สัมภาษณ์ และตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาวะทางด้านร่างกาย พยาบาลใช้การสังเกต สัมภาษณ์ และตรวจสอบทั่วไป

2) การประเมินด้านการคิด มีความผิดปกติระดับใด อาการหลงผิดประสาทหลอน ความ คิด โดนปองร้าย มีหรือไม่ ความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือ หรือระมัดระวังเพียงใด

3) การรับรู้ของผู้ป่วย ระดับการรับรู้ของผู้ป่วย อาการประสาทหลอน ระยะเวลาที่เกิดและการตอบสนอง เพื่อกำหนดแนวทางช่วยเหลือ

4) พฤติกรรมของผู้ป่วย มีการแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร อาการย้ำคิดย้ำทำ ไม่อยู่นิ่ง ควบคุมผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอนต้องได้รับการช่วยเหลือ

5) ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจอย่างเร่งรีบหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.4.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยพยาบาล ในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งสภาพทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและสัมพันธภาพ

#### 1.4.2.3 การวางแผนการพยาบาล การวางแผนระยะสั้นและระยะยาวเน้นหลักการดังนี้

1) การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆดังนี้

1.1) การดูแลความปลอดภัยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

1.2) การดูแลสภาพร่างกาย การได้รับสารน้ำอาหาร การพักผ่อน และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

1.3) การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ได้รับยาถูกต้องปลอดภัยสังเกตและระวังอาการ ที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

1.4) การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่มสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจไว้วางใจสนับสนุน ความเข้าใจไว้วางใจสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นทั้งรายบุคคล และเป็นกลุ่ม

1.5) พัฒนาการปรับตัวการมองเห็น และการมองโลกในทางที่ดี

2) การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต

2.1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพและการบำบัดอย่างต่อเนื่องเน้นการใช้ยาอย่างถูกต้อง การรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่างๆ เน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล

2.2) การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม

2.3) การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน หน่วยงานใกล้บ้าน

1.4.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลโดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม

1) เสริมสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ

2) ลดความวิตกกังวล ด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

เหมาะสม

3) รักษาสมดุลด้านชีววิทยา

4) ใช้ความคงเส้นคงวา ชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร

5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

6) นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม

7) ระวังระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียง ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการ

รุนแรง

1.4.2.5 การประเมินผล ผลการประเมินควรพิจารณาดังนี้

1) ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ

2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทาง

ชีวภาพ

3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น

4) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น

5) ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น

6) ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น

7) ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

บทบาทสำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มี 6 บทบาท (Harder et al, 1987) ดังนี้

1) บทบาทผู้ดูแล โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไขและมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลต้องวางแผน ดำเนินการและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ในการจัดกิจกรรม ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมอื่นๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นผลจากระบวนการรักษาพยาบาล

3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นๆ เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทานหรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล ในสังคมที่บ้านและชุมชน

4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจ จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดียิ่งขึ้น

5) ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครูหรือผู้สอน ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม สิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยควรได้รับ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา อาการที่ควรระวัง อาการเตือนและการป่วยซ้ำ สนับสนุนให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างถาวร

6) ผู้ชำนาญการทางคลินิก พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ ทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาอย่างผู้ชำนาญการ

โดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น ต้องอาศัยทั้งองค์ความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และศาสตร์สาขาอื่นๆ โดยการดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด (สุภาวดี บุญชู, 2551) แต่ในปัจจุบันผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการ โรงพยาบาลระดับจังหวัดนั้นมีทั้งในเขตพื้นที่รับผิดชอบและนอกเขต ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ห่างไกล พบว่าการดูแลผู้ป่วย เช่น การติดตามให้ผู้ป่วย



มารับการรักษาต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน ยังเป็นปัญหาในทางปฏิบัติ การประสานการทำงานกับทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว

ความหมาย ผู้ดูแลในครอบครัว คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกันไม่ได้รับค่าตอบแทน เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน

Horowitz (1985 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโน, 2541) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่มีหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราว ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค ดังนั้นในการเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัวต้องพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพหรืองานประจำที่ทำอยู่ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาร่วมกับแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลด้วย

### 2.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน กัลยาณี โนอินทร์ ( 2542) ได้กล่าวถึงรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน ดังนี้

1) เป็นบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพพร้อมกัน

2) เป็นการบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการ ทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดี เจ็บป่วย พิการ หรือป่วยหนักเพื่อดูแลความเจ็บปวดทรมาน

3) เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ประกอบไปด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อ แก้ไขปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

4) เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

5) เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีศักยภาพ ในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติ และสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเพื่อให้ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

6) เป็นการบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยโดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

7) เป็นการบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสารและมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

ปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างกว้างขวางทั้งใน โรงพยาบาล และในชุมชน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ ( Klebnoff, 1989; Pelletier, 1988 อ้างถึงใน อรพรรณ ถีนบุญ รัชชัช, 2545)

1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและความพิการ ของผู้ป่วยให้น้อยลง

2) ลดอัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล

3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4) ให้บริการอย่างมีความรู้และให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนและผู้ป่วยกับผู้บำบัด

5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล

6) ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน

7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว

8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับ โรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย และครอบครัว

9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น อาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีลักษณะการบริการแบบผสมผสานด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้าน โดยทีมสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้บริการที่บ้านและในชุมชนเพื่อให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ เน้นการบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง มีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย

### 2.3 กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน

อรพรรณ ลือบุญวิชชัย (2545) ได้กล่าวถึง กิจกรรมที่พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจะสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยสามารถทำได้ในลักษณะต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 1) การประเมินสภาวะผู้รับบริการ
- 2) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน
- 3) พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว
- 4) สอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว และทักษะชีวิตและการประกอบอาชีพ
- 5) ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม
- 6) การสนับสนุนให้กำลังใจ
- 7) การเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 8) การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ
- 9) การประเมินผล ปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ

สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่สำคัญคือ การผสมผสานแนวคิดและหลักการพยาบาลเชิงสังคมและวัฒนธรรม การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่มีประสิทธิภาพ ควรยึดหลัก ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวิชชัย, 2545)

- 1) ผู้รับบริการแต่ละรายมีสังคมและวัฒนธรรมของคนที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมายและความสำเร็จของตนเอง การดูแลจะต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้รับบริการยึดเหนี่ยว
- 2) วัฒนธรรมเป็นสิทธิของผู้รับบริการที่ผู้ให้บริการต้องรับรู้ ยอมรับและดูแลให้เหมาะสม
- 3) การรับฟัง การยอมรับ การให้ความสนใจ และเอาใจใส่ ผู้รับบริการเป็นสิ่งที่สำคัญจะนำไปสู่ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และความร่วมมือของผู้รับบริการ
- 4) ผู้รับบริการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับบริการ

5) ความสำเร็จในการดูแลขึ้นอยู่กับความรู้เข้าใจ โลกทัศน์ของผู้รับบริการ

6) การสังเกต ช่วยให้เข้าใจผู้รับบริการตลอดจนสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการและสามารถเลือกใช้รูปแบบการดูแลได้อย่างเหมาะสมพยาบาลควรมีความสามารถในการพูด หรือสื่อความภาษาท้องถิ่นได้ จะช่วยให้สัมพันธ์ภาพดำเนินไปได้รวดเร็วขึ้น

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต้องให้การพยาบาลตามหลักการดูแลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยอาศัยหลักพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ( Basic principles of psychosocial home care) ซึ่งมี 6 กิจกรรม ดังนี้ (คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน, 2543)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพทางการพยาบาลจิตเวช เป้าหมายเพื่อเกิดการยอมรับสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกไว้วางใจและอบอุ่น

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษาให้ถูกต้อง สามารถใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ทุกเรื่อง และผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน ได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถค้นหาปัญหา และมีวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและช่วยเหลือในภาวะวิกฤตและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้ถูกต้อง รวมทั้งครอบครัวมีทักษะการจัดการและการเผชิญกับภาวะวิกฤตได้

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนได้ตามศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชนเป็นการปฏิบัติกรพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและสังคม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้ผลอย่างแท้จริง จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจ ความร่วมมือทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในการส่งเสริมการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่า มุ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

## 2.4 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลือครอบคลุมทั้งด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการรักษา ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง โดยจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือเป็นระยะเวลานานจึงส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ดังต่อไปนี้

1) ผลกระทบด้านร่างกาย ( Physical impact) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในความดูแล ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลได้ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีอาการเรื้อรัง จึงต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้ากับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอกโดยไม่รู้สาเหตุ รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับ จนต้องพึ่งยานอนหลับหรือดื่มสุรา (ณัฐยาพรหมบุตร, 2545; Salleh, 1994; Adamic, 1996) จากการศึกษาของรัชนิกร อุปเสน ( 2541) ที่ศึกษาบทบาทหน้าที่และภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อย และบางรายอาจถูกผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายร่างกายด้วย

2) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ( Psychological impact) เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล สมาชิกครอบครัวจึงต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลในการดูแล ความรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ เมื่อต้องเผชิญกับอาการทางจิตที่คาดหมายล่วงหน้าไม่ได้ หงุดหงิด โกรธ เมื่อหน่าย ท้อแท้ หหมดกำลังใจ วิตกกังวลมากจนก่อให้เกิดความเครียดซึ่งมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (สถิตย์ วงศ์สุรประกิจ , 2542; ศรีสุดา วณาลิติน และคณะ, 2546; Baker, 1989) ดังเช่นการศึกษาของ พหล วงศาโรจน์และคณะ ( 2540) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาอันเป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากที่สุด คือ กลัวว่าผู้ที่เป็นโรคจิตจะไม่หาย กังวลว่าจะไม่มีใครดูแลเมื่อผู้ดูแลเสียชีวิต และกังวลว่าชีวิตจะต้องผูกติดอยู่กับผู้ที่เป็นโรคจิตอยู่ตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี อมรพิเชษฐ์กุลและพรชัยสงวนสินปี (2544) ที่ศึกษาถึงสถานการณ์การรักษาพยาบาลตามการรับรู้ของครอบครัว พบว่าร้อยละ 66.67 ของผู้ดูแลเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต

3) ผลกระทบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ( Social relationship impact) การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำเป็นต้องให้การดูแลทั้งในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและการระงับภัยอันตรายต่างๆซึ่งบางครั้งไม่สามารถกำหนดเวลาที่จะให้การดูแลได้แน่นอน เพราะต้องขึ้นอยู่กับอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขาดอิสระ ไม่มีเวลาทำกิจวัตรส่วนตัวได้ตามความต้องการ และไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ดังที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปสังสรรค์กับเพื่อน รู้สึกว่าถูกแยกแยะและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (มนตรี อมรพิเชษฐ์กุลและพรชัยสงวนสิน, 2544; Eakes, 1995) ส่งผลกระทบต่อการทำงาน การบริหารเวลาและกิจกรรมในสังคม

ของผู้ดูแล (สมคิด ตีรารักษ์, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลรู้สึกอับอายไม่อยากพูดคุยกับเพื่อนบ้านเมื่อทราบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในครอบครัว และไม่อยากให้บุคคลอื่นถามหรือพูดถึง จึงพยายามหลีกเลี่ยงจากผู้คน ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ดูแลลดลง (หงษ์ บันเทิงสุข , 2545) ประกอบกับหน้าที่การดูแลที่เพิ่มขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมต่างๆที่จัดขึ้นในชุมชนได้ (วรกช นิธิกุล, 2535)

4) ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment impact) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมต่อผู้ดูแลและบุคคลอื่นๆในชุมชนทั้งด้านความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิตภายในสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายจะมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร ผู้ดูแลต้องคอยระวังพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น (ชูษณา ก้อนจันทร์ , 2534; ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539; ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; เอื้ออารี สาลิกา, 2543)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ยาวนานส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ดังกล่าวมาข้างต้นซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้ดูแลมีความเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจและส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ไม่เอาใจใส่ หรือดูแลอย่างขาดประสิทธิภาพ (Eakes, 1995) บางรายถึงกับทำร้ายร่างกายผู้ป่วย ทำให้มีปัญหาซับซ้อนและกลับเป็นซ้ำมากขึ้น (Reinhard, 1994) หากผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขจิตใจที่ดีและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีความต่อเนื่อง ลดอัตราการป่วยซ้ำได้ ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

## 2.5 บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขเนื่องจากเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติในหลายๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันเน้นการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลและรักษาพยาบาล จากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลมุ่งเน้นการทุเลาอาการ เมื่ออาการรุนแรงต่างๆทุเลาก็จะได้รับการจำหน่ายจึงยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ ซึ่งผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการแสดงหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล การพัฒนาคุณภาพชีวิตนับเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการบริการด้านสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวไว้ในระยะยาว พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อภาวะเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภทและใช้ความสามารถตามศักยภาพที่มีอยู่ของผู้ดูแลอย่างเหมาะสม

ต้องมีการคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ดังนั้นจึงควรมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

- 1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมมือกันในการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เลือกวิธีดูแลที่เหมาะสม กระตุ้นให้ผู้ดูแลลงมือทำตามวิธีการเลือกด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตตนเองได้
- 2) สอนและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะอาการ ที่จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลงและแนะนำความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการ วิธีการสังเกตอาการให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจและป้องกันการเกิดอาการกำเริบและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เพราะครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อผู้ป่วย
- 3) ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสพบปะญาติพี่น้องและบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวของผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการเอาใจใส่ การสนับสนุนให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาปัญหาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นบางครั้ง ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้
- 4) การวางแผนการสอนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการกับปัญหา ร่วมกับการให้คำแนะนำให้ผู้ดูแลเข้าใจในปัจจัยที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และปัจจัยที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเพื่อที่จะให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญและนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตได้
- 5) จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นและจัดการกับอารมณ์ ความเครียดแล้วมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม
- 6) ให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ดูแลและครอบครัว สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น ให้ข้อเสนอแนะการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม สรรหาแนวทางที่ควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานาน (Lubkin, 1986)

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

**3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต** คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้างขวางเป็นแนวคิดประกอบด้วยหลายมิติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย คำ 2 คำคือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล ในชีวิตภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยม ที่เขาอาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล

Ferrans & Power (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกลึกซึ้งของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิตและการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่างๆในชีวิต

Hunter (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

พิชัย นันทชัยพันธ์ (2539) ได้ชี้แจงถึงคุณลักษณะที่สำคัญของคุณภาพชีวิตไว้ ดังนี้

1) คุณภาพชีวิตเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นการรับรู้ เป็นความรู้สึกลึกซึ้งของบุคคลซึ่งเกิดจากความรู้หรือประสบการณ์เดิม โดยเปรียบเทียบกับผู้อื่น ผู้ตัดสินได้ดีที่สุดว่ามีคุณภาพชีวิตดีหรือไม่เพียงใด ก็ควรเป็นบุคคลผู้เป็นเจ้าของชีวิตนั่นเอง

2) คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แสดงถึงการมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานการณ์ปัญหา ครอบครัวและสังคม แหล่งประโยชน์และทรัพยากร ตลอดจนวัตถุประสงค์ของต่างๆ ส่วนปัจจัยด้านบุคคลของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยหรือสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ การรับรู้ความรู้สึกลึกซึ้ง (Cognitive ability) และศักยภาพรวมถึงความสามารถของตนเองในการจัดการควบคุมและจัดการกับชีวิตและสถานการณ์

3) คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ ( Multidimension construct) และมีความซับซ้อนจึงต้องพิจารณาแบบองค์รวม ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับว่าใครให้ความสำคัญกับเรื่องใดเป็นพิเศษ

4) คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นพลวัต ( dynamic) ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปในกระบวนการของชีวิต ซึ่งความไม่มั่นคงที่นี้เป็นลักษณะของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตในช่วงชีวิตต่างๆ กันอาจมีผลแตกต่างกันได้



5) คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health) โดยภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต นั่นคือภาวะสุขภาพถือว่าเป็นองค์ประกอบหรือมิติของคุณภาพชีวิต

โดยสรุป จากการให้ความหมายของนักวิชาการที่กล่าวมาทั้งหมด พบว่า คำว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรมค่อนข้างสูง เป็นลักษณะของการรวมหลายมิติ ทั้งทางด้านชีวภาพ จิตใจ อารมณ์ สังคมเข้าไว้ด้วยกัน จึงจะพอสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการประเมินของบุคคลต่อความรู้สึกผาสุกในชีวิต เป็นการประเมินความสุข ความพึงพอใจในชีวิตของตนเองต่อสิ่งที่เป็นองค์ประกอบของชีวิตที่แต่ละบุคคลให้ความสำคัญทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและอยู่ภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล

### 3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ ( 2540) ได้แปลและพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิต มาจากองค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ( WHOQOL-BREF-THAI) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความรู้สึกถึงความผาสุก สุขภาพและความพึงพอใจ ซึ่งเกิดจากการประเมินการรับรู้ของบุคคลในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่างๆของเขา ซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวังในชีวิต ซึ่งมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การรับรู้ถึงผละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณเองไม่ต้องพึ่งพาอาศัยหรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ

2) ด้านจิตใจ ( Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆของตนเอง ที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ( Social relationship) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณเองได้

เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม ( Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ทางการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสังเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง

Ferrans and Power (1992) ได้สรุปเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน ดังนี้คือ

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ( Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพความสามารถในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่างๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองทางด้านร่างกาย ความสามารถในการรับผิดชอบต่อครอบครัว ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ( Socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ เพื่อนบ้าน สภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจตลอดจนการศึกษา

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ( Psychological and spiritual) เป็นสภาพการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิตประกอบด้วย ความพึงพอใจในตนเอง ความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของตน ความศรัทธาในศาสนา

4) ด้านครอบครัว ( Family) เป็นสภาพของสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ของบุคคล ประกอบด้วย ความสุขในครอบครัว บุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัวคู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

Zhan (1992) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1) ความพึงพอใจในชีวิต โดยทั่วไป เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตทุกด้านของชีวิตบุคคล จะรับรู้โดยองค์รวมถึงความแตกต่าง โดยเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับสิ่งที่คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง อาจกล่าวได้ว่า เป็นการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งไว้ ซึ่งเป็นกระบวนการการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขภายนอกโดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล

2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวมหรือรายด้าน ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกิริยาของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนด พฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ยาก

3) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรคและสามารถที่จะ ปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย อาทิ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน การเคลื่อนไหว

4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจหรือสังคม คือสภาพทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุก ทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิตซึ่งเป็นแหล่ง ประโยชน์ที่บุคคลสามารถหาได้จากองค์ประกอบสามประการ คือ การศึกษา อาชีพ รายได้

Flanagan (1978) กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของ มนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบคือ

1) การมีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพ สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางวัตถุ ได้แก่ การมีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่อง อำนวยความสะดวก

2) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตรก็ถือว่าเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3) การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชนการได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น

4) การมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ ตามพัฒนาการ เช่น การ มีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดีและการแสดงออกในทางที่สร้างสรรค์

5) การมีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬาหรือสิ่งบันเทิงอื่นๆและมีส่วนร่วม ในสังคม

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตนั้น จะเป็นองค์ประกอบที่มี ผลต่อการดำเนินชีวิต ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการ ดำรงชีวิต และองค์ประกอบที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งคุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยหลาย องค์ประกอบ โดยมีความหมายที่มีความแตกต่างกันตามแนวคิดแต่ละแนวคิด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ( WHOQOL Group, 1996) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้าน ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

### 3.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

ในปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนด หรือข้อตกลงที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต จึงเป็นผลที่ทำให้ยากที่จะสรุปถึงการวัดเครื่องมือชีวิต ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นแบบวัดที่มีความเป็นมาตรฐานสากลได้ การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคล จึงมีความหลากหลายและรูปแบบวิธีการประเมินที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้นๆ ชนิดของการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ มี 2 ชนิด คือ 1) ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective indicators) ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็นได้ วัดได้ และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล 2) ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลทางด้านจิตวิทยา ประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้ หรือความรู้สึกอารมณ์และจิตใจของบุคคลต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิต และสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ตลอดจนการตัดสินใจหรือการรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิตของบุคคลด้วย ( UNESCO, 1980; Zhan et al., 1992; Meeberg, 1993)

อย่างไรก็ตาม แนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตของ Frank-Stromberg (1984) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถกระทำได้ 3 ลักษณะคือ

1) การประเมินเชิงปริมาณโดยผู้อื่น ( Objective scales yielding quantitative data) เช่น แพทย์ พยาบาลหรือบุคคลอื่นๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินภาวะสุขภาพ รายได้ การศึกษาหรืออาชีพและประเมินออกมาเป็นคะแนน

2) การประเมินเชิงปริมาณโดยตัวผู้ป่วยประเมินตัวเอง ( Subjective scales yielding quantitative data) ขึ้นอยู่กับนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความรู้สึกพึงพอใจ ความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3) การประเมินเชิงคุณภาพโดยตัวผู้ป่วยประเมินตัวเอง ( Subjective scales yielding qualitative data) โดยผู้ป่วยได้รับคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ เช่น ครอบครัว กิจกรรมในสังคมหรือภาวะเจ็บป่วย ผลที่ออกมาจะเป็นการบรรยายถึงสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย

ในปัจจุบันนักวิชาการส่วนใหญ่เชื่อว่า การประเมินคุณภาพชีวิตโดยตัวชีวิตที่บุคคลจะต้องเป็นผู้ประเมินคุณภาพชีวิตตามความรู้สึก ทักษะคติของตนเอง จะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ถูกต้อง และตรงกับสภาพความเป็นจริง (Cambell, 1976; Frank-Stromberg, 1984; Meeberg, 1993)

โดยทั่วไปแบบประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มนี้อาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การประเมินแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของ Cantril (Cantril, 1960 cite in McKeehan et al., 1986) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเพียงข้อเดียวเป็นคำถามสรุปว่าความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับใด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับที่มีลักษณะขั้นบันไดในแนวตั้งบันไดคุณภาพของเครื่องมือค่อนข้างดี แต่มีจุดอ่อนของเครื่องมือชนิดนี้ คือ การประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม ทำให้ขาดรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ ทำให้ไม่ทราบว่าบุคคลมีความพึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบแต่ละด้านของชีวิตอย่างไรซึ่งยากต่อการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนั้นจึงมีผู้พัฒนาการประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ โดยมีแนวคิดว่าคุณคนจะมีระดับความพึงพอใจต่อชีวิตด้านต่างๆไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ ประสบการณ์และปัจจัยอื่นๆ

### 3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

Herman and et al. (1994) กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่

- 1) ลักษณะเฉพาะของผู้ดูแล ( Care giver characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษารายได้ และลักษณะพื้นเพของชนชาติ
- 2) ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยหรือผู้พิการที่ต้องการดูแล ( Carerecipient characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ดูแล รายได้ ลักษณะของสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล และสภาพการเจ็บป่วย
- 3) สถานการณ์การดูแล (Care giving situation) ได้แก่ ลักษณะของกิจกรรมที่ทำ ระยะเวลาการดูแล ค่าใช้จ่ายในการดูแล ความถี่ของปัญหาในการดูแล ลักษณะพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ
- 4) การรับรู้ที่มีต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล ( Cognitive/Affective response to care giving role) ได้แก่ ทศนคติ หรือความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น การรับรู้ภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ของผู้ป่วยหรือผู้พิการ ลักษณะของพฤติกรรมควบคุมตนเอง การให้คุณค่าของบทบาทที่เป็นผู้ดูแล และประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล
- 5) สุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้ดูแล ( Mental and Physical health) ได้แก่สภาวะที่ส่งเสริมหรือบั่นทอนสุขภาพกายและจิต พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจในชีวิต การมีสุขภาพที่ดี
- 6) ตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ( Possible mediating variables) ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ก่อนการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้และการใช้บริการสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแล การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์อื่นๆและกลยุทธ์การจัดการกับปัญหา

เยวลักษณะ กลิ่นหอม (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง

นรวิรุฬ พุ่มจันทร์ (2548) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติคือ สัมพันธภาพในครอบครัว อาการทางจิตของผู้ป่วย การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ปัจจัยหลายๆ ปัจจัย ทั้งด้านตัวผู้ดูแล ด้านตัวผู้ป่วยจิตเภท สถานการณ์การดูแล และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมคือผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองได้ดี ได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่อง การตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ไม่มีอาการกำเริบ รวมทั้งระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น จึงช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้นในการพยายามเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พยายามควรมีความเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านและให้การพยาบาลที่ครอบคลุมเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

### 3.5 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว

การพยาบาลจิตเวชเป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ( จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในฐานะบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง จึงมีดังต่อไปนี้

1) บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยทำการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จัดหาและให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีการพยาบาล ผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข และต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในขณะวางแผนการพยาบาล โดยการประเมินแบบแผนในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลแบบแผนการพึ่งพาตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพความแข็งแรง ความชอบ ไม่ชอบ ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ( Lubkin, 1986) นอกจากนี้พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในส่วนที่ไม่สามารถทำเองได้ ในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทพ้นจากความทุกข์ทรมานทั้ง

ทางด้านร่างกายและจิตใจโดยพยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุนการประคับประคอง ช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีปัญหาเฉพาะอย่าง

2) บทบาทในการให้ความรู้ พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนชี้แนะให้บุคคลสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสม นั่นคือ ต้องมีความสามารถในเชิงวิชาชีพ โดยใช้ความรู้ทั้งจากศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์สาขาอื่นมาใช้เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ทั้งทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ การเกิดโรคและประสบการณ์การตอบสนองทางวิญญานที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญา การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด การเผชิญปัญหาและความเครียดเหตุการณ์ในชีวิตและระบบครอบครัว

3) บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการ โดยเป็นผู้นำในการปรับปรุงระบบบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีคุณภาพการให้บริการพยาบาล จัดระบบการบริการให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ผู้รับบริการจะได้รับ โดยเฉพาะระบบบริการพยาบาลที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลให้ดีขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีการตระหนักถึงการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล นั่นคือมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการดำเนินชีวิต (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

4) บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา โดยพยาบาลสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการในด้านปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยสามารถดำเนินการได้โดยอิสระและมีความเหมาะสมอย่างยิ่งเพราะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมากที่สุด โดยการที่พยาบาลจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตนและพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีคิดปรับความรู้สึกต่อตนเองและผู้อื่นใหม่ รวมทั้งความรับผิดชอบในการกระทำของตนเองเพื่อตนเองเพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเองและสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ ช่วยให้ผู้รับบริการมีกำลังใจที่จะต่อสู้และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

5) บทบาทนักวิจัย โดยการสร้างองค์ความรู้ใหม่และทำการศึกษาค้นคว้าติดตามผลการวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทั้งในสาขาการพยาบาลและสาขาอื่นๆ ตลอดจนมีความสามารถในการนำผลการวิจัยมาใช้ในการแก้ไขปัญหสุขภาพและเพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล  
วิภาพร มาพบสุข (2540) ได้เสนอแนวทางการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

1) การปรับปรุงคุณภาพชีวิตโดยรัฐบาล การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นหน้าที่โดยตรงของรัฐบาลในการปรับปรุงพัฒนาและแก้ไขปัญหาคาดาน ที่เกิดขึ้นในประเทศโดยเน้นการปรับปรุงการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรไทย ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดในการพัฒนาประเทศ

2) การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยบุคคลและวิธีการปฏิบัติตนเพื่อเป็นคนมีคุณภาพ และปฏิบัติเพื่อเป็นพื้นฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือรักษาสุขภาพอนามัยการมีแนวคิดเจตคติที่ดี ในการดำรงชีวิต การมีคุณธรรม จริยธรรม การให้ความร่วมมือการสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาตนเอง พัฒนาคครอบครัว พัฒนาชุมชนพัฒนาสังคม

3) พยาบาลต้องยึดปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเน้นการให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการไม่เฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น ควรให้ความสำคัญต่ออาการตอบสนอง ความต้องการด้านจิตวิญญาณและด้านวัฒนธรรม ให้ครอบคลุม ทั้งครอบครัวและ ผู้ป่วยเรื้อรังที่มี ระยะเวลาเจ็บป่วยยาวนาน มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพก้าวหน้าไปเรื่อยๆผู้ป่วยจึงต้องมีช่วงเวลา เข้าและออกจากโรงพยาบาลระยะ พยาบาลจึงต้องเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดในทุกๆด้าน เพื่อให้ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยต้องได้รับ โอกาสและการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการ พยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วย และผู้ดูแลในครอบครัว เป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับการ ประเมินการวางแผนการพยาบาลและที่สำคัญที่สุด คือ การที่ผู้ป่วย และผู้ดูแลในครอบครัว มีโอกาส เข้าร่วมในการวางแผนการพยาบาล จะ ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลตาม แผนการพยาบาลนั้นดีกว่า ซึ่งจะทำให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่ได้กำหนดขึ้น

4) พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งบทบาท ดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและได้รับประโยชน์สูงสุดในการ รักษาพยาบาล

5) พยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้าน สาธารณสุขด้านอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลในครอบครัว ได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล ประเด็นสำคัญในการทำงานเป็นทีมเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

Lubkin (1986) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง ไว้ดังนี้

1) พยาบาลต้องให้การสนับสนุนโดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อที่บ้านและครอบครัว สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นมีความสามารถประเมินสภาพแวดล้อม ภายในบ้านได้ อย่างเหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านและสรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ความสามารถและการกระทำสิ่งเหล่านี้จะช่วย ให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรังได้และดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานานได้

2) พยาบาลต้องคำนึงถึงวิถีของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล การที่พยาบาลต้องรู้ เกี่ยวกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพความ แข็งแกร่ง ความชอบ ความไม่ชอบ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากภาวะเรื้อรังของโรคจะช่วยทำให้พยาบาล



สามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับให้ความร่วมมือ ในการปฏิบัติตนตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3) พยาบาลต้องยึดถือปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเน้นการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการไม่เฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น ควรให้ความสำคัญต่ออาการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ และด้านวัฒนธรรมให้ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพไปเรื่อย ๆ สัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนผู้ป่วยจึงต้องมีช่วงเวลาเข้าและออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะ จึงต้องเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยต้องได้รับโอกาสและกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่จำเป็น สำหรับการประเมิน การวางแผนการพยาบาล และที่สำคัญที่สุด คือ การที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าร่วมซึ่งผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่ได้กำหนดขึ้น

4) พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งบทบาทดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล

5) พยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล

สรุปได้ว่า บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช คือ บทบาทของผู้ให้บริการพยาบาลเพื่อพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว โดยต้องมีความเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อที่จะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว พยาบาลจะต้องตระหนักถึงองค์ประกอบต่างๆ ของคุณภาพชีวิต ซึ่งจะต้องมีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกให้คงอยู่กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างถาวร ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต พยาบาลต้องให้การส่งเสริม ช่วยเหลือ สนับสนุนการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแล การฝึกทักษะการเผชิญและการจัดการปัญหาต่างๆ อย่างเหมาะสม เพื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พึงพอใจในตนเอง สามารถปรับตัวได้ จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเต็มใจและมีประสิทธิภาพ เพื่อจุดมุ่งหมายสำคัญในการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจะดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนของตนเองได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

#### 4. แนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลก (The Sense of coherence)

##### 4.1 ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลก มีผู้ที่ให้ความหมายเป็นภาษาไทยครั้งแรกคือ ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลก นี้เป็นแนวคิด ที่สำคัญในการศึกษา ทฤษฎี ความผาสุก (The Salutogenic Model of Health) ของ Antonovsky (1982) เป็นทฤษฎีที่มุ่งหาคำตอบ เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลดำรงภาวะสุขภาพที่ดีและมีความผาสุกในชีวิต โดยการที่บุคคลจะ ตอบสนองต่อสิ่งเร้าและยังคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีและมีความผาสุกได้นั้น ต้องอาศัยแหล่ง ประโยชน์ต่างๆ ซึ่ง ความเข้มแข็งในการมองโลก ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่เป็นคุณลักษณะที่อยู่ใน ตัวบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลมีการจัดการกับสิ่งเร้าหรือปัญหาได้อย่างเหมาะสม

Antonovsky (1982) ให้ความหมาย ความเข้มแข็งในการมองโลก ว่า หมายถึง การรับรู้ของ บุคคลอย่าง เชื่อมั่นว่า ไม่ว่าจะมีปัญหาหรือ เหตุการณ์ ใดๆเกิดขึ้น ทั้งภายในและ ภายนอกตนก็จะ สามารถเข้าใจได้ จัดการแก้ไขได้ และปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับการเข้าไปจัดการ แก้ไข ซึ่งการรับรู้และประเมินด้วยความรู้สึกเชื่อมั่นนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมต่อการจัดการกับ ความผันผวนต่างๆในชีวิต และหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลง ต่างๆในชีวิต จึงสามารถดำรงความมีสุขภาพดีและมีความผาสุกในชีวิต

กล่าวโดยสรุป ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การที่บุคคลมีความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่มากระทบไม่ว่าสิ่งนั้นคาดการณ์ได้หรือไม่ สามารถอธิบายสาเหตุได้ บุคคลนั้นรู้จักหาแหล่ง ประโยชน์และวิธีการจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

**4.2 องค์ประกอบความเข้มแข็งในการมองโลก** ตามแนวคิดของ Antonovsky (1989) มี องค์ประกอบทั้ง 3 ประการ คือ

1) การมองสิ่งต่างๆว่าสามารถเข้าใจได้ ( Comprehensibility) เป็นการรับรู้ว่าสิ่งเร้า ที่เข้ามา กระทบเป็นสิ่งเร้าที่สามารถเข้าใจได้ มีระบบ ระเบียบ สามารถอธิบาย และทำนายได้ ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนเกินกว่าจะรับรู้หรือเข้าใจได้

2) การมองสิ่งต่างๆว่าสามารถจัดการได้ ( Manageability) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนมี แหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าได้ หรือมีแนวทางในการจัดการ แหล่ง ประโยชน์นี้อาจมาจากตนเองหรือผู้อื่นก็ได้ เช่น เพื่อน พระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์และบุคคลที่น่าเชื่อถือ

3) การมองว่าสิ่งต่างๆมีความหมาย (Meaningfulness) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ให้คุณค่า และความหมายของสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่ามีความหมาย ทำทนาย มีความยินดีที่จะเผชิญกับ เหตุการณ์ รู้สึกคุ้มค่ากับเวลา กำลังกายและสติปัญญาที่ใช้ในการเผชิญกับเหตุการณ์มากกว่าที่จะให้ ความหมายว่าเป็นภาระหรือความยุ่งยาก

สรุปได้ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็น โครงสร้างทางบุคลิกภาพทางเจตคติและความเชื่อของบุคคล ที่เน้นมุมมองในด้านการทำความเข้าใจ และให้ความหมายกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการมองหาแนวทางในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคน ทำให้บุคคลมีองค์ประกอบทั้งสามประการนี้สูงและต่ำแตกต่างกันไป

#### 4.3 ลักษณะของคนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง

คนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะเป็นคนที่มีความยืดหยุ่นในเรื่องต่างๆ มองปัญหาว่าท้าทาย มีความมุ่งมั่นที่จะแก้ปัญหา (Antonovsky, 1987) สามารถรับรู้และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด และสามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล , 2532) สามารถปรับพฤติกรรมทางสุขภาพได้ดี มีภาวะสุขภาพที่ดีส่งผลให้มีการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิต (Antonovsky, 1982) ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากกว่า คนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ ซึ่งจะมองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่อันตราย เป็นภาระ ไม่มีความพยายามที่จะแก้ปัญหา หรือแก้ปัญหาโดยใช้แต่เพียงอารมณ์ มีความวิตกกังวล หมดหวัง ไม่มีความสุข หรือถูกปัญหาครอบงำจนไม่สามารถทำอะไรได้เลย

#### 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลก

ทั้งคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นแนวคิดที่อธิบายถึงการรับรู้ของบุคคล โดยที่คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้และประเมินสภาวะของชีวิตของบุคคลโดยตรง ส่วนความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบกับชีวิตของบุคคล ทั้งคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นสิ่งสำคัญในชีวิตมนุษย์ เพราะมนุษย์ทุกคนปรารถนาที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือมีความสุขในชีวิต โดยความผาสุก (Well-being) ในทรรศนะของ Antonovsky (1987) นั้น เป็นการรับรู้ในหลายมิติเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง คือ ในด้านของการไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ การมีความรู้สึกว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับตน การมีความรู้สึกบวกต่อตนเอง มีอารมณ์ที่เบิกบาน มองโลกและสิ่งต่างๆ ในแง่ดี มีความรู้สึกสนุกสนาน และมีความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง ส่วน คุณภาพชีวิตในทรรศนะขององค์การอนามัยโลก (The WHOQOL group, 1996) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง เป็นการประเมินของบุคคลต่อความรู้สึก ผาสุกในชีวิต เป็นการประเมินความสุข ความพึงพอใจในชีวิตของตนเองที่เป็นองค์ประกอบของชีวิตที่แต่ละบุคคลให้ความสำคัญทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและอยู่ภายใต้วัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล

การมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวนั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามบุคลากรทางจิตเวชก็ยังมีแนวโน้มที่จะช่วยเหลือสมาชิกครอบครัว

ผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จึงน่าสนใจว่า ปัจจัยที่จะเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่จะเอื้อให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ คืออะไร จากทฤษฎีความสุขของ Antonovsky (1982) ที่มุ่งหาคำตอบว่า ปัจจัยใดที่ทำให้คนมีความสุขได้ ซึ่งแอนโทโนฟสกี พบคำตอบจากเชลยของสงครามว่า เชลยที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เป็นคนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง (Antonovsky, 1982) ส่วนในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวนั้น ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงก็จะมีกรรับรู้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่า เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีสาเหตุและสามารถแก้ไขได้ โดยผู้ดูแลในครอบครัวจะเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนร่วมในการจัดการกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพและยังคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของครอบครัวด้วย แต่ถ้าผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ จะไม่สามารถมองปัญหาได้ชัดเจนและไม่สามารถแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปได้ ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย อารมณ์ของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวด้วย

## 5. โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก

### แนวคิดและหลักการความเป็นมาของโปรแกรม

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับ ความเข้มแข็งในการมองโลก ของ Antonovsky (1982) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนา คุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1996) ซึ่งพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถฝึกฝนและพัฒนาได้ทุกช่วงวัย โดยการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ (ศรีสุดา วานาลิสินและคณะ , 2546; ตะวัน วาทกิจ, 2547) จะทำให้ผู้ดูแลมีองค์ประกอบ 3 ประการเกิดขึ้นพร้อมกัน ดังนี้ 1) รับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบสามารถเข้าใจได้ มีระบบระเบียบ สามารถอธิบายได้โดยใช้เหตุผล (comprehensibility) 2) รับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบสามารถบริหารจัดการได้ (manageability) โดยสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์มาช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม 3) รับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบมีความหมาย ทำทาย มีคุณค่าเพียงพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วง (meaningfulness) เมื่อผู้ดูแลมีองค์ประกอบทั้งสามอยู่มากก็จะมี ความเข้มแข็งในการมองโลกสูงและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับสูงเช่นกัน (เยาวัลักษณ์ กลิ่นหอม , 2540) ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญของความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้

โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรค ของ ตะวัน วาทกิจ ( 2547) ซึ่งได้สร้างโปรแกรมขึ้นเอง มาประยุกต์ใช้ ซึ่งเดิมมี 7 กิจกรรม คือ 1) ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ 2) การเรียนรู้และเข้าใจ 3) การควบคุมอุปสรรค 4) เข้าใจและ รับผิดชอบ 5) อุปสรรคที่มีที่สิ้นสุดและเสริมความอดทนต่อปัญหา 6) ทัศนศึกษา : ความสามารถในการเอาชนะอุปสรรค และ 7) ปัจฉิมนิเทศ โดยใช้แนวคิดความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคของ Stoltz (1997) แนวคิดความหวังของ Herth (1990) และแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1982) ผู้วิจัยได้ปรับกิจกรรมที่ 2 และ 4 เข้าด้วยกันเนื่องจากมีเนื้อหาและรูปแบบ กิจกรรมที่สอดคล้องกัน ส่วนกิจกรรมที่ 1,3,5,6 คงไว้และปรับกิจกรรมที่ 7 เป็นการให้แหล่ง สนับสนุนทางสังคม เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งในการทำกิจกรรม กลุ่มโดยทั่วไปสามารถทำกิจกรรมได้ 6-8 ครั้ง (Yalom, 1975) ในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ดังนี้

### กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก

หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 60 นาที ในการสร้าง สัมพันธภาพ การให้ความรู้เรื่องความเข้มแข็งในการมองโลกโดยการอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้ทราบถึง ความหมายและความสำคัญของความเข้มแข็งในการมองโลก พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของ โปรแกรมประโยชน์ที่ผู้ดูแลจะได้รับ เวลาในการพบกัน การบ้านและการฝึกปฏิบัติ ซึ่งทำให้ผู้ดูแล มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมและมีความพร้อม ที่จะเรียนรู้มากขึ้น

### กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้และเข้าใจปัญหาเชิงบวก หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาล

ในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ปัญหาจาก สถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท สร้างความตระหนักให้ผู้ดูแลรับรู้อย่างเชื่อมั่นว่าปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุและสามารถ แก้ไขได้ โดยการทำแบบฝึกพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกและวิเคราะห์สถานการณ์ จะช่วย บรรเทาความเครียดและทำให้เกิดแรงจูงใจในการแก้ปัญหาหรือทำใจยอมรับและการฝึกคิดบวก มองโลกในแง่ดี เพื่อให้ผู้ดูแลมองปัญหาในแงุ่มใหม่ ทำให้การแก้ปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้มีการปรับตัวด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจดี และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

### กิจกรรมที่ 3 การทบทวนคุณค่าของตนเองและคนอื่น ฝึกควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้น หมายถึง

การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการให้ผู้ดูแลฝึก ทบทวนคุณค่าของตนเองและคนอื่น จากประสบการณ์ต่างๆที่สามารถจัดการได้สำเร็จ ทำให้ผู้ดูแล เกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเองและคนอื่น เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยว จิตใจที่จะทำให้บุคคลมีกำลังใจในการเข้าไปจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตเพราะเหตุการณ์

เหล่านั้นมีความหมายต่อตน และฝึกการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีการมองโลก ทำให้ผู้ดูแลมองโลกในแง่ดี มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตน และทำให้มีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

**กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความอดทนและเข้าใจว่าปัญหาที่สิ้นสุด** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 4 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการช่วยให้หาทางออกและฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าปัญหาที่สิ้นสุด ไม่เชื่อมโยงจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่อีกสถานการณ์หนึ่ง และมีความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น โดยการฟังเพลงฤดูที่แตกต่างและร่วมกันวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางใจและมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง

**กิจกรรมที่ 5 การฝึกพัฒนาทักษะการเอาชนะปัญหา** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 5 ใช้ระยะเวลา 120 นาที ในการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น โดยผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ดูแลค้นหาปัญหาและกลวิธีการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากตัวแบบในภาพยนตร์เรื่อง Pay it forward การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม ทำให้มีทักษะในการเผชิญปัญหาเกิดการรับรู้และเรียนรู้ มีประสบการณ์ของความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาและเกิดความมั่นใจในการเลือกจัดการกับสถานการณ์ต่างๆที่ประสบในชีวิตประจำวันได้ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ และการกดจุดนวดคลายเครียดด้วยตนเอง และร่างกาย จิตใจอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลาย สงบ และแจ่มใสขึ้น

**กิจกรรมที่ 6 การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 6 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการให้ความรู้เรื่องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของการร้องขอความช่วยเหลือจากสังคมหรือชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ได้เมื่อประสบกับปัญหาที่ตนเองไม่สามารถจัดการได้ และฝึกให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กรณีตัวอย่างและการแสดงบทบาทสมมติ ทำให้ผู้ดูแลมีการสื่อสารและการติดต่อทางสังคมดีขึ้น ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้อื่นรับรู้ทั้งความต้องการของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น เกิดเป็นเครือข่ายในการดูแลจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และยังทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่แยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

กล่าวโดยสรุปการฝึกเอาชนะอุปสรรคแบบกลุ่ม จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดทักษะและความมั่นใจในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีการปรับตัวต่อผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับตน การมีความรู้สึกดีต่อตนเอง มองโลกและสิ่งต่างๆในแง่ดี นำไปสู่การรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิต มีความพึงพอใจในชีวิตของตนเองต่อสิ่งที่เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ตารางที่ 1 ตารางบูรณาการการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กิจกรรม	แนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลก	รูปแบบกลุ่ม	วิธีการบูรณาการ
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก	การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยแนะนำตัวพูดคุยเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย ให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา ค้นหาคุณลักษณะตนเองที่บ่งบอกถึงความเข้มแข็งในการมองโลก จากการฟังอย่างตั้งใจ ใช้คำถามปลายเปิด แสดงความเข้าใจเห็นอกเห็นใจให้ความมั่นใจและสรุปคุณลักษณะของคนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลก	ผู้นำกลุ่มดำเนินกิจกรรมโดยกระตุ้นให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีนำไปสู่ความร่วมมือร่วมใจ คำนึงคุณค่าแสดงออก เป็นการเตรียมความพร้อมและตระหนักรู้ตนเองถึงการมีความเข้มแข็งในการมองโลกที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิต	ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนระยะเวลา รูปแบบกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับ ผู้นำกลุ่มและสมาชิกร่วมกิจกรรม ละลายพฤติกรรม ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกและร่วมกันอภิปรายกลุ่ม ปิดกลุ่ม โดยการสรุปประเด็น
กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้และเข้าใจปัญหาเชิงบวก	ผู้ดูแลสามารถรับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบสามารถเข้าใจได้ มีระบบระเบียบ สามารถอธิบายได้โดยใช้เหตุผล สามารถบริหารจัดการได้ มีความหมาย ทำทนายและมีคุณค่าที่จะเข้าไปจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วง	ผู้นำกลุ่มมีบทบาทหน้าที่กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งกลุ่มจะเป็นแหล่งสนับสนุนให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น	ดำเนินการโดยเชื่อมโยงข้อมูลจากการสนทนาครั้งที่ผ่านมา ให้สมาชิกทำแบบฝึกพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลก กระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการตอบสนองต่อปัญหา เพื่อให้เข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น

กิจกรรม	แนวคิดความเข้มแข็ง ในการมองโลก	รูปแบบกลุ่ม	วิธีการบูรณาการ
			จากสถานการณ์ตัวอย่าง และให้ความรู้เรื่องกรคิด เชิงบวก พร้อมทั้งฝึกการ คิดเชิงบวกจาก สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย จิตเภท ปิดกลุ่มโดยการ สรุปประเด็น
กิจกรรมที่ 3 การทบทวน คุณค่าของ ตนเองและคน อื่น ฝึกควบคุม ปัญหาที่ เกิดขึ้น	ผู้ดูแลสามารถรับรู้และ ประเมินว่าสิ่งเร้าที่เข้ามา กระทบสามารถเข้าใจได้ มี ระบบระเบียบ สามารถ อธิบายได้โดยใช้เหตุผล สามารถบริหารจัดการได้ และมีคุณค่าท้าทาย มี ความหมายที่จะเข้าไป จัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วง	ผู้นำกลุ่มมีบทบาท หน้าที่กระตุ้นให้ สมาชิกกลุ่มแสดง ความรู้สึกความ คิดเห็นและ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ซึ่ง ประสบการณ์ ซึ่ง กลุ่มจะเป็นแหล่ง สนับสนุนให้มี คุณภาพชีวิตดีขึ้น	ดำเนินการ โดยให้สมาชิก ทบทวนคุณค่าของตนเอง และคนอื่น แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ของ ความสำเร็จในการแก้ไข ปัญหา ทำให้เกิดแนวคิด ในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน มีแรงจูงใจเข้าไปจัดการ แก้ไขให้สำเร็จและเข้าใจ ว่าปัญหาใดควบคุมได้หรือ ปัญหาใดไม่สามารถ ควบคุมได้ ปิดกลุ่มโดย การสรุปประเด็น



กิจกรรม	แนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลก	รูปแบบกลุ่ม	วิธีการบูรณาการ
กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้าง ความอดทนและ เข้าใจว่า ปัญหามีที่ สิ้นสุด	การให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ถึง ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต และวิธีทำให้ปัญหาไม่ ยืดเยื้อ จะทำให้ผู้ดูแลเข้าใจ ว่าปัญหามีที่สิ้นสุดผู้ดูแล เกิดการรับรู้และประเมินว่า สิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ สามารถเข้าใจได้สามารถ อธิบายได้โดยใช้เหตุผล และสามารถบริหารจัดการ ได้	ผู้นำกลุ่มมีบทบาท หน้าที่ให้คำปรึกษา แบบกลุ่มแก่สมาชิก ร่วมกันแสดงความคิด เห็น และ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ซึ่ง กระบวนการให้ คำปรึกษาแบบกลุ่มจะ ช่วยค้นหาสิ่งที่ เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา คุณภาพของชีวิต ทำให้ ได้รับการแก้ไขอย่าง ตรงประเด็นส่งผลให้มี คุณภาพชีวิตดีขึ้น	ดำเนินการโดยกระตุ้นให้ สมาชิก พุดคุยระบาย ความรู้สึกถึงปัญหาที่พบ ในการดำเนินชีวิตและจาก การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดย การรับฟังอย่างตั้งใจ สำรวจและวางแผนแก้ไข ปัญหาร่วมกัน ลงมือ ปฏิบัติและประเมินผล ร่วมฟังและร้องเพลงฤดูที่ แตกต่างจะช่วยให้สมาชิก มีความเข้าใจและอดทน ต่อปัญหาได้มากขึ้น ปิด กลุ่มโดยการสรุปประเด็น
กิจกรรมที่ 5 การฝึก พัฒนา ทักษะการ เอาชนะ ปัญหา	การให้ผู้ดูแลลงมือปฏิบัติ ฝึกทักษะการเอาชนะปัญหา ด้วยตนเองเพื่อสนับสนุนให้ ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจใน ตนเองในการจัดการกับ สถานการณ์ต่างๆที่ประสบ ในชีวิตได้ ผู้ดูแลเกิดการ รับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้าที่ เข้ามากระทบสามารถเข้าใจ ได้สามารถอธิบายได้โดยใช้ เหตุผล สามารถบริหาร จัดการได้	ผู้นำกลุ่มสนับสนุน และกระตุ้นให้สมาชิก กลุ่มแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และทำ ให้เกิดแนวคิดในการ แก้ไขปัญหาร่วมกัน และมีทักษะในการ แก้ไขปัญหาเบื้องต้น ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความ เข้มแข็งในการมองโลก เพิ่มขึ้น	ดำเนินการโดยให้สมาชิก ศึกษาตัวแบบและกระตุ้น ให้นำเอาสิ่งที่ดีจากตัว แบบในภาพยนตร์ที่มี ความสามารถในการ เอาชนะปัญหาและฝึกการ แก้ปัญหาไปใช้ในชีวิต จริง ผู้นำให้ความรู้เรื่อง ความเครียดและสาเหตุ เทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียดและให้ สมาชิกปฏิบัติตามเพื่อ ผ่อนคลายความเครียด

กิจกรรม	แนวคิดความเข้มแข็ง ในการมองโลก	รูปแบบกลุ่ม	วิธีการบูรณาการ
กิจกรรมที่ 6 การใช้แหล่ง สนับสนุนทาง สังคม	เป็นกระบวนการที่บุคคลทำ ให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความ ต้องการของตนเอง และ สามารถรับรู้ความต้องการ ของบุคคลอื่นจากการ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	ผู้นำกลุ่มสนับสนุน และกระตุ้นสมาชิก กลุ่มแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ระหว่างกัน ทำให้ ผู้ดูแลเกิดเป็น เครือข่ายในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน	ดำเนินการกระตุ้นให้ สมาชิกทบทวนในประเด็น สนทนาครั้งที่ผ่านมา และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการขอความช่วยเหลือ จากชุมชนเมื่อประสบกับ ปัญหาที่ไม่สามารถจัดการ ได้และสามารถเลือกใช้ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีอาชีพอยู่ใน สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ผู้นำเพิ่มเติมบุคคลและ หน่วยงานที่ผู้ดูแลสามารถ ขอความช่วยเหลือได้

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2539 จำนวน 90 คน พบว่าคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรชัย พงศ์สงวนสินและคณะ ( 2541) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตตามการประเมินตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวช และพยาบาล อยู่ในระดับปานกลางทั้งสิ้น คิดเป็นร้อยละ 67.8, 59.9 และ 63.3 ตามลำดับและ ยังพบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา และสถานภาพสมรสไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลและพยาบาล ส่วนปัจจัยด้านสภาพการเงินมีผลต่อผู้ป่วยทางจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชมัยพร ทิพย์สุวรรณ ( 2543) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง ในกลุ่มญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและในกลุ่มญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแล จำนวนกลุ่มละ 57 คน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัด พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล และกลุ่มที่ไม่มีส่วนร่วมในการดูแล ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม รวมทั้งคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมนั้น พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยกลุ่มที่ญาติไม่มีส่วนร่วมในการดูแลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ ( 2545) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยมาตรวจรักษาหรือรับยาแทนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฝางและโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2545 จำนวน 80 คน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80 ผู้ดูแลร้อยละ 17.50 มีคุณภาพชีวิตระดับสูง และร้อยละ 2.50 มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ

ศรีสุดา วานาลีสิน และคณะ (2545) ศึกษาผลของการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับกลาง จำนวน 20 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหา เพื่อเพิ่มความ

เข้มแข็งในการมองโลก พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มตัวอย่างหลังการฝึกการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กาญจนา ขาวนอก (2547) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความเข้มแข็งในการมองโลก และวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมในระดับปานกลาง มีการเผชิญความเครียดโดยการเผชิญหน้ากับปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ร้อยละ 40 และการมองสถานการณ์ในแงุ่มใหม่ร้อยละ 20 มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงมีคะแนนการเผชิญความเครียดโดยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาสูงกว่า ส่วนกลุ่มผู้ดูแลที่มีคุณภาพชีวิตต่ำมีคะแนนการใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์สูง

ตะวัน วาทกิจ (2547) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคที่มีต่อความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตพายัพ ซึ่งมีอายุระหว่าง 17-20 ปี จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดย ให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับโปรแกรมฝึก ความสามารถในการเอาชนะอุปสรรค พบว่าความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์ (2548) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทและญาติในช่วง 5 ปีซ้อนหลัง ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 72 ราย จากผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ การศึกษายังทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว โดยสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

สาริณี ไต้ะทอง (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดชลบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน จากการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

## 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Greenberg et.al (1993) ได้ศึกษาผลของภาระในเชิงนามธรรม (subjective burden) ต่อภาวะสุขภาพมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกเป็นกังวล มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพร่างกายของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้สึกกลัวและความรู้สึกสูญเสียไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพมารดา

Lundman & Norberg (1993) ได้ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเผชิญปัญหาโดยผู้ที่มีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีความสามารถในการเผชิญความเจ็บป่วยได้ดี ส่วนผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำจะมีพฤติกรรมการแก้ปัญหาโดยใช้อารมณ์มากกว่า

Eakes (1995) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ยากของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ บิดามารดาของเด็กที่ป่วยด้วยโรคจิตเรื้อรัง จำนวน 10 คู่ พบว่าบิดามารดาเกิดความรู้สึก เสียใจ โกรธ สับสน เศร้า สิ้นหวังและเกิดความยุ่งยากใจเป็นอย่างมาก นับตั้งแต่ทราบว่าบุตรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและความรู้สึกเหล่านี้ยังคงเกิดขึ้นกับตนเองตลอดเวลา และพบว่าสาเหตุที่ทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ที่สุดแก่ผู้ป่วยคือ ขาดการพักผ่อน ขาดเวลาและพลังงาน การดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ภาวะเศรษฐกิจฝืดเคืองเกี่ยวกับการใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

Ulrika Lindmark et. al (2009) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ใหญ่ชาวสวีเดน ที่มีอายุระหว่าง 20-80 ปี จำนวน 589 คน พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกของแต่ละคนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุและเพศ โดยผู้ที่อายุ 20 ปีมีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุชายมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

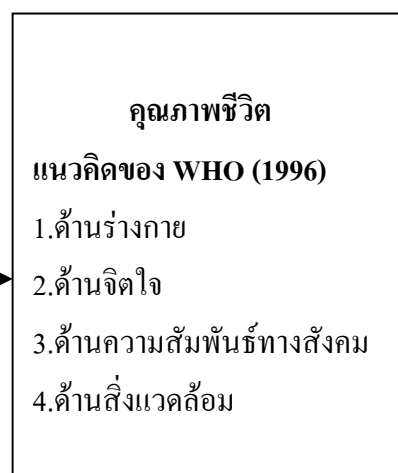
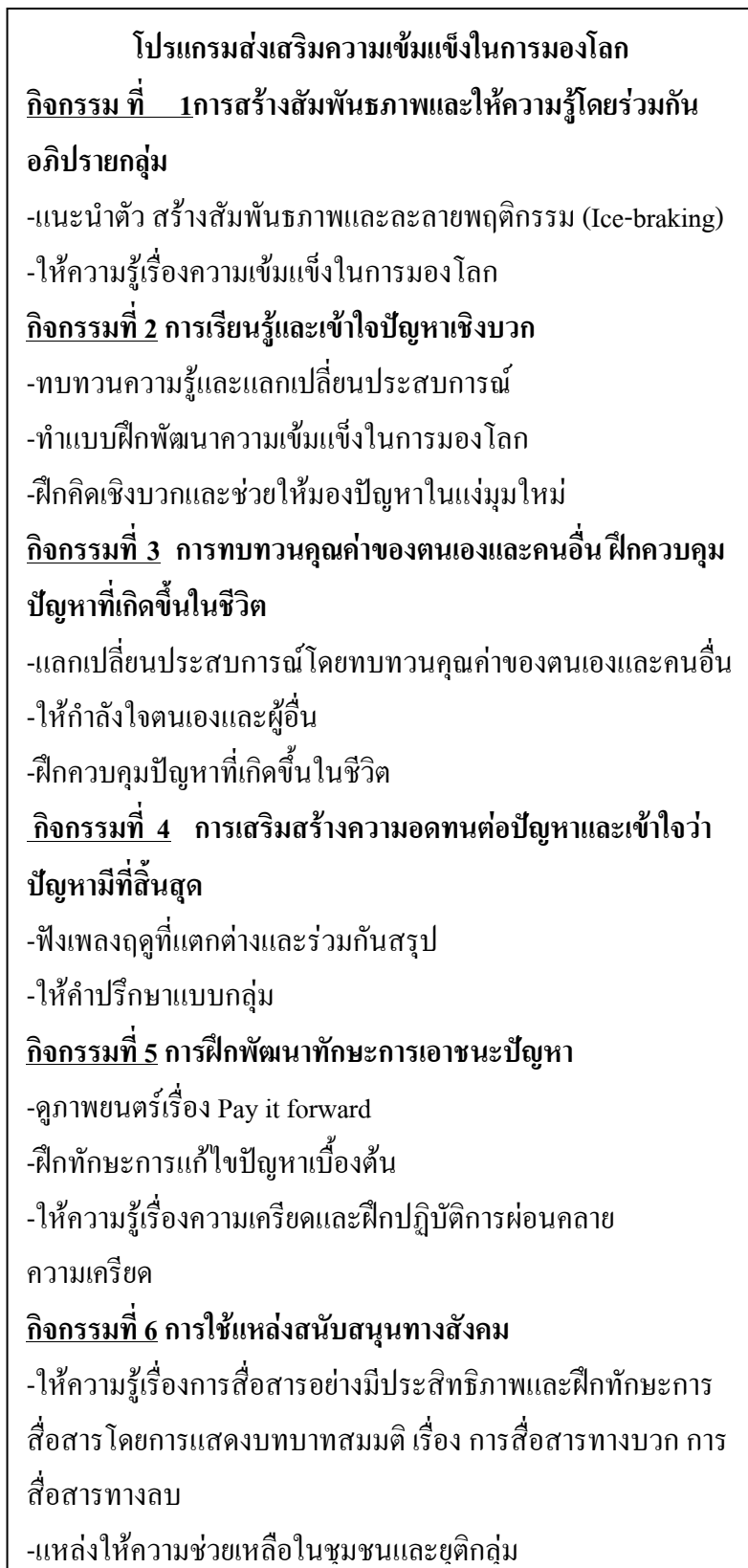
Eriksson M. & Lindstrom B. (2007) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทนิฟสกีต่อคุณภาพชีวิต โดยการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยย้อนหลัง 10 ปี ตั้งแต่ค.ศ. 1992-2003 พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยที่ทำให้มีความผาสุกในชีวิตและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

Nilsson K. W. et. al (2009) ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกและความผาสุกทางใจในช่วงอายุที่แตกต่างกัน มีอายุระหว่าง 18-85 ปี จำนวน 43,598 คน โดยใช้แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก 13 ข้อ และแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป 12 ข้อ พบว่า เพศชายมีความเข้มแข็งในการมองโลกและมีความผาสุกทางใจสูงกว่าเพศหญิง และจะมีระดับเพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น อีกทั้งความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถพัฒนาได้

## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดในการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1982) และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง (เขาวลัทธิ กลินทอม, 2540) และพบว่าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลาอันยาวนานทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งล้วนแต่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต และพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังไม่ถึงระดับดีที่สุด อีกทั้งในประเทศไทยมีการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังมีน้อย ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลในการส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างมีความสุข ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

### กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest – Posttest Control Group Design) (Polit & Beck,2004) เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

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

โดย

O<sub>1</sub> หมายถึง การวัด คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับโปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก

O<sub>2</sub> หมายถึง การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก

O<sub>3</sub> หมายถึง การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O<sub>4</sub> หมายถึง การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง ให้การทดลองโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ที่อยู่ใน เขตความรับผิดชอบของสาธารณสุขอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว จำนวน 50 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

**เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้ากลุ่มตัวอย่าง**

#### **Inclusion criteria**

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท



2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ
3. มีอายุระหว่าง 25-60 ปีทั้งเพศชายและหญิง
4. สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้สำหรับผู้ดูแลที่เขียนไม่ได้จะมีผู้ช่วยวิจัยช่วยเขียน
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### **Exclusion criteria**

1. ผู้ร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย

#### **การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (รัตนศิริ ทาโต, 2552) โดยนำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งในการมองโลก หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการศึกษาของ ตะวัน วาทกิจ (2547) เรื่อง ผลของโปรแกรม ฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคที่มีต่อความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชน มาร่วมคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 90 % ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 20 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง ( Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 25 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 50 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คนกลุ่มทดลอง 25 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นไปได้สำหรับการวิจัย

#### **ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง**

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ และสาธารณสุขอำเภอ คลองหาด เพื่อขออนุญาต สืบจรรยาชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยในเขตอำเภอ คลองหาด เมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์มีอาการปกติ โรงพยาบาลจะส่งรายชื่อไปยังสาธารณสุขอำเภอคลองหาดเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสาธารณสุขอำเภอคลองหาดจะส่งรายชื่อผู้ป่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 9 แห่งต่อไป โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากทะเบียนประวัติ ในช่วงเวลาที่ ผู้ป่วยจิตเภท มารับ ยาตามนัดจากระบบยาใจ ใกล้บ้าน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

3. ทำการสุ่ม ( Random) กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติต่างๆ เช่น อายุ เพศ สัมพันธภาพในครอบครัว โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเท่าๆ กันในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (Mann, 2001)

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือ ที่ใช้ในการดำเนิน การทดลอง คือ โปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ
  - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ทดลอง** คือโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากการศึกษาของ ตะวัน วาทกิจ ( 2547) โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1982) โดยมีขั้นตอนการ สร้างและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี ความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1982) ร่วมกับแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของโปรแกรมและครอบคลุมประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.2 ศึกษาปัญหา สาเหตุและปัจจัย ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

1.3 สร้าง โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา ร่วมกับสภาพปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และกำหนดรูปแบบกิจกรรมเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกจากการศึกษาของ ตะวัน วาทกิจ ( 2547) ซึ่งเดิมมี 7 กิจกรรม คือ 1) ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ 2) การเรียนรู้และเข้าใจ 3) การควบคุมอุปสรรค 4) เข้าใจและรับผิดชอบ 5) อุปสรรคมีที่สิ้นสุดและเสริมความอดทนต่อปัญหา 6) ทัศนศึกษา : ความสามารถในการเอาชนะอุปสรรค และ 7) ปัจฉิมนิเทศ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้โดยปรับกิจกรรมที่ 2 และ 4 เข้าด้วยกันเนื่องจากมีเนื้อหาและรูปแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกัน ส่วนกิจกรรมที่ 1,3,5,6 คงไว้ และปรับกิจกรรมที่ 7 เป็นการให้แหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทในการศึกษาครั้งนี้ ดำเนิน

กิจกรรมตามโปรแกรม มุ่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นรายกลุ่ม ในผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 12 คนและ 13 คน จำนวน 6 ครั้ง โดยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 -120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 60 นาที ในการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เรื่องความเข้มแข็งในการมองโลกโดยการอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้ทราบถึงความหมายและความสำคัญของความเข้มแข็งในการมองโลก พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมประโยชน์ที่ผู้ดูแลจะได้รับ เวลาในการพบกัน ให้การบ้านและการฝึกปฏิบัติ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมและมีความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้และเข้าใจปัญหาเชิงบวก หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ปัญหาจากสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท สร้างความตระหนักให้ผู้ดูแลรับรู้อย่างเชื่อมั่นว่าปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุและสามารถแก้ไขได้ จากการทำแบบฝึกพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกและวิเคราะห์สถานการณ์ จะช่วยบรรเทาความเครียดและทำให้เกิดแรงจูงใจในการแก้ปัญหาหรือทำใจยอมรับและการฝึกคิดบวก มองโลกในแง่ดีจากสถานการณ์ต่างๆในชีวิต จะช่วยให้ผู้ดูแลมองปัญหาในแงุ่มุมใหม่ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีการปรับตัวด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจดี และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การทบทวนคุณค่าของตนเองและคนอื่น ฝึกควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้น หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการให้ผู้ดูแลฝึกทบทวนคุณค่าของตนเองและคนอื่น จากประสบการณ์ต่างๆที่สามารถจัดการได้สำเร็จ จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเองและคนอื่น เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่จะทำให้บุคคลมีกำลังใจในการเข้าไปจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตเพราะเหตุการณ์เหล่านั้นมีความหมายต่อตน และฝึกการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีการมองโลก ทำให้ผู้ดูแลมองโลกในแง่ดี มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตน และทำให้มีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความอดทนและเข้าใจว่าปัญหามีที่สิ้นสุด หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 4 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการช่วยให้หาทางออกและฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าปัญหามีที่สิ้นสุด ไม่เชื่อมโยงจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่อีก

สถานการณ์หนึ่ง และมีความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น โดยการฟังเพลงฤดูที่แตกต่างและร่วมกันวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางใจและมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง

กิจกรรมที่ 5 การฝึกพัฒนาทักษะการเอาชนะปัญหา หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 5 ใช้ระยะเวลา 120 นาที ในการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น โดยผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ดูแลค้นหาปัญหาและกลวิธีการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากตัวแบบในภาพยนตร์เรื่อง Pay it forward การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม ทำให้มีทักษะในการเผชิญปัญหาเกิดการรับรู้และเรียนรู้ มีประสบการณ์ของความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาและเกิดความมั่นใจในการเลือกจัดการกับสถานการณ์ต่างๆที่ประสบในชีวิตประจำวันได้ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ และการกดจุดนวดคลายเครียดด้วยตนเอง และร่างกาย จิตใจอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลาย สงบ และแจ่มใสขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 6 ใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการให้ความรู้เรื่องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของการร้องขอความช่วยเหลือจากสังคมหรือชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ได้เมื่อประสบกับปัญหาที่ตนเองไม่สามารถจัดการได้ และฝึกให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กรณีตัวอย่างและการแสดงบทบาทสมมติ ทำให้ผู้ดูแลมีการสื่อสารและการติดต่อทางสังคมดีขึ้น ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้อื่นรับรู้ทั้งความต้องการของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น เกิดเป็นเครือข่ายในการดูแลจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และยังทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่แยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

5. จัดทำรูปแบบการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก โดยกำหนดขั้นตอนของกิจกรรมตามลำดับ โดยมีรูปแบบในการดำเนินกิจกรรม สร้างสื่อและเตรียมอุปกรณ์ที่จะใช้ในการทำกิจกรรม เช่น ใบงาน ใบความรู้ต่างๆ แผ่นซีดี เครื่องเล่นซีดี ที่จะใช้ในกิจกรรม

#### การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ที่สร้างขึ้น ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมและ สอดคล้องกับการวิจัย แล้วนำไป ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยหาความตรงของเนื้อหาด้วยการ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1

ท่าน อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขา การพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ( APN) 2 ท่าน ทำการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความ ถูกต้องชัดเจนครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยถือ ความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไข โปรแกรมตาม ที่ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของ เนื้อหากิจกรรมรวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ ต้องปรับแก้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ใบความรู้ที่ 1 เนื้อหาก่อนข้างเข้าใจยาก ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้กระชับ และอ่านเข้าใจง่ายขึ้น เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

กิจกรรมที่ 2 วัตถุประสงค์ทั่วไป ข้อ 4และวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ข้อ 4ไม่สอดคล้อง กับกิจกรรม ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขวัตถุประสงค์ทั่วไปและวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับ กิจกรรม

- ใบความรู้ที่ 2/2 เรื่องคิดบวกให้เป็น...มอง โลกแง่ดี...ชีวิตเป็นสุข เนื้อหาเข้าใจยากและเขียน ศัพท์ภาษาอังกฤษ ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้อ่านและเข้าใจง่ายขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับ กลุ่มเป้าหมาย

- ใบงานที่ 2/2 เรื่อง แบบฝึกพัฒนาความเข้มแข็งในการมอง โลก ให้ปรับแก้ไขข้อความ “การตอบสนองต่อสถานการณ์/ปัญหา” เป็น “มุมมองต่อสถานการณ์/ปัญหา”

กิจกรรมที่ 3 ใบความรู้ที่ 3/1 เรื่อง ธนบัตรใบละพัน หัวข้อใบความรู้ไม่สะท้อนแนวคิด ให้ ปรับแก้ไขหัวข้อใหม่เป็น คุณค่าของธนบัตรใบละพัน

- ใบงานที่ 3/2 เรื่อง รู้ตนพันทุกซ์ สุขจากการให้กำลังใจแก่ตนเองและคนอื่น หัวข้อใบงาน ไม่สะท้อนการรู้จักตน ให้ปรับแก้ไขหัวข้อใหม่เป็น สุขจากการให้กำลังใจแก่ตนเองและคนอื่น

- ใบความรู้ที่ 3/3 เรื่อง การควบคุมปัญหาหรืออุปสรรค หัวข้อใบความรู้ไม่สะท้อนแนวคิด ให้ปรับแก้ไขหัวข้อใหม่เป็น การตีความปัญหาหรืออุปสรรค

- ใบความรู้ที่ 3/4 เรื่อง เรื่องชวนคิด หัวข้อใบความรู้ไม่สะท้อนแนวคิด ให้ปรับ แก้ไข หัวข้อใหม่เป็น เรื่องชวนคิดเปลี่ยนแนวคิดการมอง โลก และมีเนื้อหาค่อนข้างมาก เข้าใจยาก ผู้วิจัย ได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้กระชับและอ่านเข้าใจง่ายขึ้น เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

กิจกรรมที่ 4 เอกสารเนื้อเพลงฤดูที่แตกต่างไม่มีการสรุปแนวคิดที่ได้จากการฟังเพลง ผู้วิจัย ได้ปรับแก้ไข โดยเพิ่มข้อสรุปแนวคิดที่ได้จากเพลงฤดูที่แตกต่าง

กิจกรรมที่ 5 การฝึกพัฒนาทักษะการเอาชนะปัญหา ระยะเวลาไม่เหมาะสมเนื่องจากมีเนื้อหาและกิจกรรมมาก ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเวลาใหม่จากเดิม 90 นาที เป็น 120 นาทีเพื่อให้เหมาะสมและให้ผู้ดูแลมีเวลาในการฝึกทักษะในการเอาชนะปัญหาเบื้องต้นได้เพียงพอ

- ใบความรู้ที่ 5/3 เรื่อง การจัดการความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด มีเนื้อหาค่อนข้างมากและเข้าใจยาก ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้กระชับอ่านเข้าใจง่ายขึ้น และแสดงภาพประกอบ พร้อมทั้งการสาธิต เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

กิจกรรมที่ 6 ใบงานที่ 6/1 เรื่อง สถานการณ์จำลอง เรื่อง การสื่อสารทางลบ ในใบงานคำสั่งไม่ชัดเจนว่าให้ทำอะไร ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขให้ชัดเจนขึ้น

- ใบงานที่ 6/2 เรื่อง สถานการณ์จำลอง เรื่อง การสื่อสารทางบวก ในใบงานคำสั่งไม่ชัดเจนว่าให้ทำอะไร ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขให้ชัดเจนขึ้น

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ที่แก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่ อาจเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรม หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการ พบว่าผู้ดูแลสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่ผู้วิจัยต้องปรับคำพูดและเนื้อหาความรู้ในเอกสารให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างสถานการณ์ให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือมีการใช้ภาพประกอบในการอธิบายเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจเพิ่มมากขึ้นและปรับเพิ่มเวลาในกิจกรรมที่ 5 เดิม 90 นาทีเป็น 120 นาที เนื่องจากมีเนื้อหามาก เพื่อให้ผู้ดูแลมีเวลาฝึกทักษะในการเอาชนะปัญหาเบื้องต้นได้เพียงพอ ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

## 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 26 ข้อ โดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย WHOQOL – BREF – THAI ที่พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล และคณะ (2540) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถวัดคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การ

อนามัย โลกขุคย๋อจบัภาษาไทยเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่า คุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึง การประเมินค่าที่เป็นจิตพิสัย ( Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบแบบสอบถาม

**วิธีการใช้เครื่องมือ** เป็นแบบประเมินที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ โดยผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือก คำตอบด้วยตนเอง เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – BREF – THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย ( Perceived objective) และอัตวิสัย ( Self- report objective) ประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม

**การให้คะแนน** การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9 และ 11 แต่ละข้อมี มาตรการส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

ข้อความที่มีความหมายทางบวก			ข้อความที่มีความหมายทางลบ		
ตอบไม่เลย	ได้	1 คะแนน	ตอบไม่เลย	ได้	5 คะแนน
ตอบเล็กน้อย	ได้	2 คะแนน	ตอบเล็กน้อย	ได้	4 คะแนน
ตอบปานกลาง	ได้	3 คะแนน	ตอบปานกลาง	ได้	3 คะแนน
ตอบมาก	ได้	4 คะแนน	ตอบมาก	ได้	2 คะแนน
ตอบมากที่สุด	ได้	5 คะแนน	ตอบมากที่สุด	ได้	1 คะแนน

**การแปลผล** (กรมสุขภาพจิต, 2541; สุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล และคณะ, 2541)

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ ที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 - 60 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61- 95 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

คะแนน 96 - 130 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การแบ่งระดับคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2541 ; สุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล และคณะ, 2541)

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
ด้านสุขภาพกาย	7 - 16	17 - 26	27 - 35
ด้านจิตใจ	6 - 14	15 - 22	23 - 30
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 18	19 - 29	30 - 40

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24

องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23

องค์ประกอบด้าน ความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 15

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ทำการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คน จากทั้งหมด 5 คน ผลการตรวจสอบ พบว่าแบบประเมินคุณภาพชีวิต มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.88 ดังปรากฏในภาคผนวก ข โดยมีประเด็นที่ได้ปรับปรุงแก้ไขข้อความเล็กน้อยเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.81 ดังปรากฏผลในภาคผนวก ข

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ของ Antonovsky (1987) ที่แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ ( 2532) และนำมาพัฒนาโดยกาญจนา ขาวนอก (2548) คือ แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อใช้ประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกซึ่งสอดคล้องกับเนื้อหาที่ใช้ในการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตามโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ จำแนกเป็นข้อความวัดความสามารถด้านความเข้าใจ 11 ข้อ ด้านการจัดการ 10 ข้อ และด้านการให้ความหมาย 8 ข้อ แบ่งเป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก 16 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบ 13 ข้อ คือข้อ 1, 2, 3, 7, 8, 11, 13, 14, 16, 20,



25, 26 และ 27 ส่วนคำตอบจะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 7 ระดับ ระดับคะแนนที่น้อยที่สุดคือ 1คะแนนและมากที่สุดคือ 7 คะแนน สำหรับคะแนนรวมของแบบประเมินนี้อยู่ระหว่าง 29-203 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งช่วงคะแนนของความเข้มแข็งในการมองโลกเป็น 3 ระดับ คือ

29-86 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับต่ำ

87-144 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับปานกลาง

145-203 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง

#### เกณฑ์กำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองว่า ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองต้องมี คะแนนความเข้มแข็งในการมองโลก มากกว่า 86 คะแนนขึ้นไป จึงจะแสดงว่าผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป และหากภายหลังจากประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกแล้วพบว่าผู้ดูแลไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน คือ มีระดับคะแนนระหว่าง 29-86 อยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัย จะร่วมกัน กับผู้ดูแลประเมินปัญหา อุปสรรค แล้วจึงพิจารณาแก้ไขตามสาเหตุจนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนด

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก (เสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6) ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตาม โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกทุกคนมีคะแนนที่ได้จากการประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกที่กำหนดไว้ นั่นคือ มีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ดังปรากฏผลในภาคผนวก จ

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง ของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไป ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ ใช้ให้ถูกต้องเหมาะสม กับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็น เป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index:

CVI) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน โดยค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI)โดยใช้สูตรดังนี้ (บุญใจศรีสถิตนรากร, 2547)

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

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.89 ดังนั้นแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกที่ผู้วิจัยปรับปรุงและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์

ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

หัวข้อ แบบสอบถาม ให้ปรับจาก “แบบวัด” เป็น “แบบประเมิน”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว จากนั้น นำข้อมูล มาวิเคราะห์หา ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.83 ดังปรากฏผลในภาคผนวก ข

### การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลอง ออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ระยะเวลาเตรียมการทดลอง 2) ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 3) ระยะเวลาหลังการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

#### ขั้นที่ 1 ระยะเวลาเตรียมการก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงสาธารณสุขอำเภอคลองหาด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตจัดทำโครงการภายหลังจากได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอคลองหาด ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานสุขภาพจิตอำเภอคลองหาด เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ รายละเอียดที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลา เครื่องมือที่ใช้ในโครงการและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยสำรวจข้อมูลรายชื่อ รายละเอียดการติดต่อกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎี โดยได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาลจำนวน 3 หน่วยกิต และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต โดยการฝึกทักษะในการทำกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยใน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจำนวน 1 เดือน ภายใต้วินิจฉัยของ APN คีกรাত্রี และได้รับประสบการณ์การตรวจรักษาด้วยผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี และการทำกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยในชุมชนอำเภอเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

3. ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกและ เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการ ทดลองจากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้วิจัยมีความรู้ ความสามารถในการใช้โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก แล้วนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการ พยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิต และจิตเวช ( APN) 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา

4. ผู้วิจัยดำเนินการขอพิจารณา จริยธรรมการวิจัย โดยส่งเล่มวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ผู้วิจัยขอพบผู้ช่วยผู้วิจัยเพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดวิธีการดำเนินวิจัย และบทบาทของผู้ช่วยผู้วิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน มีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ช่วยผู้วิจัยมีหน้าที่ดังนี้ ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในระหว่างการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก สังเกตและจดบันทึกการทำกิจกรรมกลุ่ม ช่วยเขียนหนังสือในใบงานที่ผู้ดูแลเขียนหนังสือไม่ได้ โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดขั้นตอนการทำวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือแบบประเมิน รวมทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เข้าใจถูกต้องตรงกัน หลังจากชี้แจงรายละเอียดแล้วได้กำหนดวัน เวลา เพื่อดำเนินการวิจัยต่อไป

6. ผู้วิจัยติดต่อประสานเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่ไปพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง และนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ที่ใช้ดำเนิน โครงการ

7. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เข้าพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและพิทักษ์สิทธิ์ในการร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

8. หลังได้รับความยินยอมจากผู้ดูแล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (pre-test)

9. ผู้วิจัยนัดเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกแก่ผู้ดูแล พร้อมทั้งมอบตารางนัดในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง

## ขั้นที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

**กลุ่มควบคุม** ผู้ดูแลได้รับการดูแลตามปกติ จากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหาด จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

**กลุ่มทดลอง** ได้รับกิจกรรมการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก แบบกลุ่ม ซึ่งดำเนินกิจกรรมในผู้ดูแลแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 12 และ 13 คน ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้งๆละ 90-120 นาที โดยใช้เวลาในช่วงวันพุธและวันศุกร์ คือ เวลา 13.00 น. – 15.00 น. ระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ (ดังตารางในภาคผนวก ค) โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและมีผู้ช่วยวิจัยซึ่งได้รับการอบรมและตกลงหน้าที่ก่อนการเริ่มวิจัย ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้งมีรายละเอียดโดยสรุปดังต่อไปนี้

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก** เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความไว้วางใจต่อพยาบาล และกลุ่มด้วยกันเอง โดยประเมินจากสีหน้าท่าทาง การสนทนา ความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองต่อกลุ่ม โดยบอกว่าเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมและกล้าเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนต่อพยาบาล และกลุ่มผู้ดูแลด้วยกันเอง มีผู้ดูแลเพียงบางคนที่ช่วงแรกไม่ค่อยกล้าพูดหรือแสดงความคิดเห็นหรือจับกลุ่มคุยกันเอง ผู้วิจัยจึงต้องคอยกระตุ้นให้ตอบทำให้มีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น

จากการที่ให้ผู้ดูแลร่วมกันทำกิจกรรมละลายพฤติกรรม (Ice-Breaking) พบว่าผู้ดูแลมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอน สามารถสร้างความคุ้นเคยกับสมาชิกในกลุ่ม

ได้มากขึ้น โดยประเมินจากการสนทนา ทำทางและความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้ดูแลเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมว่า กิจกรรมนี้ช่วยให้มีความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก คือ ความหมาย องค์ประกอบ ลักษณะของคนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง และผลดีของการมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น ผู้ดูแลจึงให้ความร่วมมือกับพยาบาลและสมาชิกกลุ่มในการทำกิจกรรมสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับพยาบาลและสมาชิกกลุ่มได้อย่างเหมาะสม

**กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้และเข้าใจปัญหาเชิงบวก** เมื่อดำเนินมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่าการทบทวนกิจกรรมที่ 1 ผู้ดูแลบอกได้ว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีลักษณะอย่างไรและบอกถึงองค์ประกอบสามด้านของความเข้มแข็งในการมองโลกได้ถูกต้องโดยเชื่อมโยงจากสถานการณ์ตัวอย่างในใบงาน จากการทำใบงานผู้ดูแลรับรู้และเข้าใจถึงปัญหาที่ตนเองประสบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เช่น ผู้ป่วยไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีอาการอะอะก้ำวร้าว ไม่นอน อาละวาด โดยยอมรับและพยายามเข้าใจในสาเหตุของปัญหา ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจตนเองมากขึ้นและมีแรงจูงใจในการจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับความรู้เรื่องการคิดเชิงบวก การพัฒนาความคิดเชิงบวกและการมองปัญหาในเชิงบวก ชักถามถึงประสบการณ์ในการคิดเชิงบวก ได้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคิดเชิงบวกได้อย่างถูกต้อง และสามารถฝึกการมองปัญหาด้วยมุมมองด้านบวก ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“สถานการณ์ที่ 3 ยายจำปาเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่ต้องทำงานหนักและพักผ่อนน้อย เพราะต้องดูแลสามีที่ป่วยเป็นจิตเภทและลูกที่ปัญญาอ่อน มุมมอง.....บวก..... ฉันรู้สึกภูมิใจและมีความสุขที่สุดที่ได้ดูแลคนรักไปตลอดชีวิต”

“สถานการณ์ที่ 5 นางราตรีสังเกตเห็นว่าลูกชายที่ป่วยเป็นจิตเภท แอบเอายาทิ้งไม่ยอมกิน มุมมอง.....บวก..... ทุกปัญหาย่อมมีทางแก้ ฉันจะต้องหาสาเหตุและคลี่คลายเรื่องนี้ให้ได้”

**กิจกรรมที่ 3 การทบทวนคุณค่าของตนเองและคนอื่นและฝึกควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้น** เมื่อดำเนินมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและการเขียนคำตอบในใบงาน การตอบข้อซักถาม แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลทราบถึงจุดอ่อน จุดแข็งหรือคุณค่าของตนเองและคนอื่น รู้จักให้กำลังใจตนเองและคนอื่นได้อย่างเหมาะสม มีความภาคภูมิใจในตนเอง จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จที่ผ่านมา ซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่จะทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการเข้าไปจัดการแก้ไขเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต รวมทั้งสามารถฝึกการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีการมองโลก ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นภายใต้ความคิด

และจิตใจเราเป็นส่วนใหญ่ และวิเคราะห์ได้ว่าปัญหาใดสามารถควบคุมได้และปัญหาใดที่ไม่สามารถควบคุมได้ ดังตัวอย่างใบงานที่ 3/1 ดังต่อไปนี้

“ชื่อ-นามสกุล.....คติประจำใจ.....ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน.....  
จุดอ่อน.....รูปร่างอ้วน ขี้บ่น ขี้น้อยใจ ขี้สงสาร เอาแต่ใจตัวเอง.....จุดเด่น.....ใจบุญชอบช่วยเหลือ  
ผู้อื่น รักครอบครัว ตั้งใจขยันทำงาน เป็นแม่ที่ดีของลูก.....ประสบการณ์ความสำเร็จที่ทำให้  
ภาคภูมิใจ.....สร้างฐานะให้ครอบครัวอยู่กันอย่างสุขสบาย ลูกประกอบอาชีพสุจริตพึ่งตนเองได้.....”

ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบความรู้ที่ 3/1 พบว่าผู้ดูแลสามารถบอกถึงคุณค่าของตนเอง  
และผู้อื่นได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลดังต่อไปนี้

“ชนบัตรใบละพันต่อให้ใครจะทำอะไรให้ชนบัตรใบนี้ให้สกปรก หรือเหยียบย่ำมันก็ยังมีย  
ค่า 1,000บาท เหมือนชีวิตคนเราทุกคนย่อมมีคุณค่าในตัวเอง ถึงแม้ว่าต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
เป็นระยะเวลาอันยาวนานอาจจะต้องดูแลตลอดชีวิต ถูกสังคมรังเกียจ ซ้ำเติมหรือทอดทิ้ง แต่ผู้ดูแลยอมมี  
คุณค่าในตัวเอง ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ใน  
ชุมชนได้ตามศักยภาพเป็นระยะเวลาอันยาวนาน”

ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบงานที่ 3/3 พบว่าผู้ดูแลสามารถตีความปัญหาหรือ  
อุปสรรคได้ว่าปัญหาใดสามารถควบคุมได้และปัญหาใดที่ไม่สามารถควบคุมได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“สถานการณ์.....ผู้ป่วยจิตเภท เอะอะ อาละวาด จะทำร้ายร่างกาย.....ความรู้สึก...กังวล กลัว  
เครียด โมโห...การตีความ....ฉันจะต้องรีบขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ให้นำส่งโรงพยาบาล...”

**กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความอดทนและเข้าใจว่าปัญหาที่มีที่สิ้นสุด** เมื่อดำเนินการ  
มาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า จากการสังเกต พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและแนวทางใน  
การจัดการกับปัญหาและวิธีทำให้ปัญหาไม่ยืดเยื้อ ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการ  
กับปัญหา โดยไม่เชื่อมโยงสถานการณ์หนึ่ง ไปสู่อีกสถานการณ์หนึ่ง และมีความอดทนต่อปัญหา  
มากขึ้นโดยเชื่อมั่นว่าทุกปัญหาย่อมมีที่สิ้นสุด ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลดังต่อไปนี้

“ชีวิตเราก็เหมือนกับเพลงนี้แหละ เมื่อมีทุกข์ก็เหมือนพายุกระหน่ำแต่ฟ้าหลังฝนก็ย่อมมีวัน  
สว่างสดใส เพียงแค่เราอดทนรอ”

“ทุกปัญหามีทางออก เพียงแค่เรามุ่งมั่นตั้งใจ”

“อดทนและพยายาม ก็จะทำให้เราผ่านพ้นปัญหาไปได้แน่นอน”

นอกจากนี้ผลลัพธ์จากกิจกรรมหลังจากได้ร่วมฟังและร้องเพลง ฤดูที่แตกต่าง แสดงให้เห็น  
ว่า ผู้ดูแลสามารถเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตว่าทุกคนย่อมประสบกับปัญหาที่แตกต่างกัน และ  
มีวิธีการหรือแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยนำไปปรับใช้ในการ  
ดำเนินชีวิตอย่างเชื่อมั่นว่าทุกปัญหาย่อมมีทางออกเสมอ

**กิจกรรมที่ 5 การฝึกพัฒนาทักษะการเอาชนะปัญหา** เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้ว พบว่า จากการสังเกตพฤติกรรม การพูดคุยซักถาม ความสนใจ ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและการเขียนคำตอบในใบงานจากการดูภาพยนตร์เรื่อง Pay it forward ผู้ดูแลสามารถบอกได้ว่าตัวแบบในภาพยนตร์มีทักษะและความสามารถในการเอาชนะปัญหาเบื้องต้นได้ เช่น แทรเวอร์เป็นคนมีน้ำใจ ชอบช่วยเหลือคนอื่น มีความตั้งใจพยายาม มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เป็นต้น โดยผู้ดูแลนำมาวิเคราะห์ถึงความสามารถในการเอาชนะปัญหาหรืออุปสรรคได้ จากการทำใบงาน อีกทั้งยังนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะของตนเองในการจัดการกับปัญหาเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบงานและการนำเสนอเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเรื่อง ความเครียด ได้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดได้อย่างถูกต้องในหัวข้อต่างๆ เช่น สาเหตุ อาการ ผลกระทบของความเครียด วิธีการจัดการและผ่อนคลายความเครียด ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลดังต่อไปนี้

สาเหตุของความเครียด “ความเครียดเกิดจากปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การเจ็บป่วย เงินไม่พอใช้ หนี้สิน ส่วนปัญหาที่พบมากจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ ผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมรับประทานยาแล้วมีอาการกำเริบ ซึ่งถ้าเป็นปัญหาที่ไม่สามารถจัดการ ได้ก็ยิ่งเครียดมาก”

อาการและผลกระทบของความเครียด “ปวดหัว ท้องผูก นอนไม่หลับ หงุดหงิดบ่อย อารมณ์เสียบ่อย ทำให้ครอบครัวทะเลาะกัน”

วิธีการจัดการและผ่อนคลายความเครียด “ยกตัวอย่างเช่น การออกกำลังกาย ดูโทรทัศน์ ฟังเพลงจังหวะช้าๆเบาๆ ปลูกต้นไม้ในสวน อ่านหนังสือธรรมะหรือเข้าวัดฟังธรรม ส่วนปัญหาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมรับประทานยา ผู้นำกลุ่มช่วยค้นหาสาเหตุที่แท้จริงว่าเกิดจากอะไร แนะนำให้ผู้ดูแลช่วยเหลือในการจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานหรือให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า และกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือร่วมกัน ซึ่งทำให้สมาชิกกลุ่มได้วิธีการจัดการกับปัญหาแล้วนำไปปรับใช้ได้”

โดยสามารถฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดตามผู้นำกลุ่มได้ตามวิธี การฝึกการหายใจ การนวดกดจุดคลายเครียดด้วยตนเอง

**กิจกรรมที่ 6 การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม** เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้ว พบว่า จากการให้ผู้ดูแลฝึกแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์จำลอง เรื่อง สื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ แล้วร่วมกันแสดงความคิดเห็น พบว่าผู้ดูแลให้ความสนใจ ร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี และสามารถบอกเกี่ยวกับการสื่อสารแบบที่เหมาะสมได้ เช่น การพูดคุยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล การสัมผัส มีท่าทีและแววตาที่เป็นมิตร เป็นต้น ส่วนการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม เช่น พูดเสียงดัง ตะโกน ดุด่า ตำหนิ เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลดังต่อไปนี้

การสื่อสารทางบวก “ลูกไม่กินยาเพราะอะไรหรือ บอกแม่ได้นะลูก แม่เป็นห่วงลูกนะ”

การสื่อสารทางลบ “ไม่กินก็อย่ากิน เดี่ยวก็บ้าขึ้นมาอีก ไม่ต้องรักษากันแล้ว”

ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติและการทำใบงาน นำเสนอเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่อง การสื่อสารในครอบครัว ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย ได้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้มีทักษะในการติดต่อสื่อสารสร้างเครือข่าย หรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสมเมื่อพบปัญหาในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ดังตัวอย่างคำพูดดังต่อไปนี้

“เรียกเพื่อนบ้าน สมาชิกอบต. อสม. ในชุมชนให้ช่วยเหลือ”

“โทรหาเจ้าหน้าที่อนามัยใกล้บ้านเพื่อขอความช่วยเหลือ”

“โทร 1669 เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินและไม่มีรถนำส่ง อยู่ห่างไกลชุมชน”

“แจ้งตำรวจที่ป้อมยามในชุมชนเมื่อผู้ป่วยเอะอะอาละวาดมาก ไม่สามารถควบคุมได้”

ทั้งนี้ในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง มีผู้ดูแลที่พิการขาเดียว 1 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ คุณลักษณะของคนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง คือมองว่าปัญหามีคุณค่า ทำทนาย สามารถ เข้าใจและจัดการได้ โดยเป็นคนที่มีความคิดเชิงบวก มองโลกในแง่ดี ไม่ท้อแท้ต่อโชคชะตาที่ต้อง ดูแลสามีที่ป่วยเป็นจิตเภทมาเป็นระยะเวลา 5 ปี และเป็นบุคคลต้นแบบในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม จากการร่วมแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มมีความ เข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น รวมทั้งลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายมีการดูแลช่วยเหลือตนเอง ได้ดี ได้แก่ รับประทานยาต่อเนื่อง ตรวจสอบน้ำหนักสม่ำเสมอ ไม่มีอาการกำเริบ ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ และประเมินความพึงพอใจในตนเองต่อสิ่งที่เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในระดับสูง ส่งผล ให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

### การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ทันทัน ผลการ กำกับการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทุกคนผ่านเกณฑ์การกำกับการ ทดลอง โดยมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกมากกว่าร้อยละ 80 (ดังแสดงในภาคผนวก ข)

### ขั้นที่ 3 ระยะเวลาหลังการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมิน คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (post-test) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วยตนเอง พร้อมทั้งให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระบบ



การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

**กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ( post-test) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วยตนเอง พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ซึ่งผลการทดลองพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่ ถ้าพบว่าผู้ดูแลเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำและตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตไม่ดี ผู้วิจัยจะขอพบเป็นรายบุคคลโดยผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และติดตามประเมินผลซ้ำ เมื่อครบ 1 เดือน ถ้ายังพบว่าผู้ดูแลมีระดับคุณภาพชีวิตไม่ดีผู้วิจัยจะส่งต่อไปยังหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือต่อไป

### การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองและมีผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีหน้าที่เป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง โดยมีขั้นตอนของการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงสาธารณสุขอำเภอคลองหาด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตจัดทำโครงการภายหลังจากได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอคลองหาด ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานสุขภาพจิตอำเภอคลองหาด เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ รายละเอียดที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลา เครื่องมือที่ใช้ในโครงการและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยสำรวจข้อมูลรายชื่อ รายละเอียดการติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในโครงการงานวิจัย เตรียมสถานที่ในการทำการศึกษาค้นคว้าและขออนุญาตใช้สถานที่ โดยได้รับอนุญาตให้ใช้ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชันย์ ในการดำเนินโครงการ

2. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ดังนี้

- 2.1) ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้ตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 2.2) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชันย์ สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละ 90-120 นาที จนครบ 6 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์

2.3) ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลอง โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

2.4) ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสัปดาห์ที่ 6 โดยขอความร่วมมือให้ผู้ดูแลตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง ( post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินโครงการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์

### 3. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ดังนี้

3.1) ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้ตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหาด ตามมาตรฐานวิชาชีพ ที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหา การดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้ง ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน การรักษา การใช้ยาและอาการข้างเคียงจากยาโดยการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์

3.3) เมื่อครบกำหนดการทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสัปดาห์ที่ 6 โดยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินคุณภาพชีวิตอีกครั้ง (post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินโครงการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

3.4) ผู้วิจัยให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการติดตามเยี่ยมบ้าน

4) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองจริยธรรมในการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับรองจริยธรรมในการดำเนินการวิจัย ในวันที่ 7 ธันวาคม 2555 (ดังเอกสารในภาคผนวก จ) ผู้วิจัยได้ทำการ พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบและเข้าใจในกระบวนการการดำเนินโครงการทุกขั้นตอน และแจ้งให้ผู้ดูแลสามารถ ตอบรับหรือปฏิเสธการ เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้ง

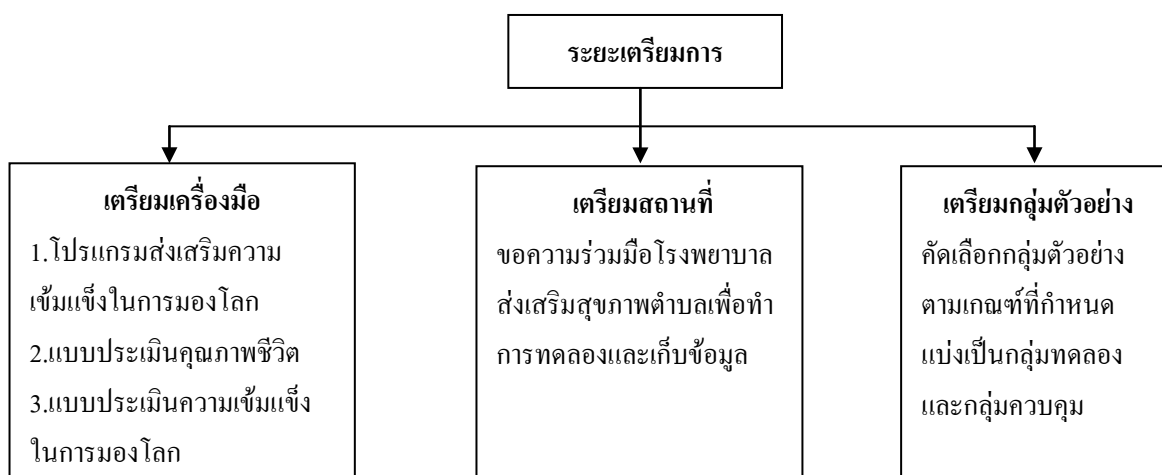
นี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผล กระทบ ใดๆต่อการมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างจะ เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะ นำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาถ้าต้องการระหว่างดำเนินโครงการวิจัย

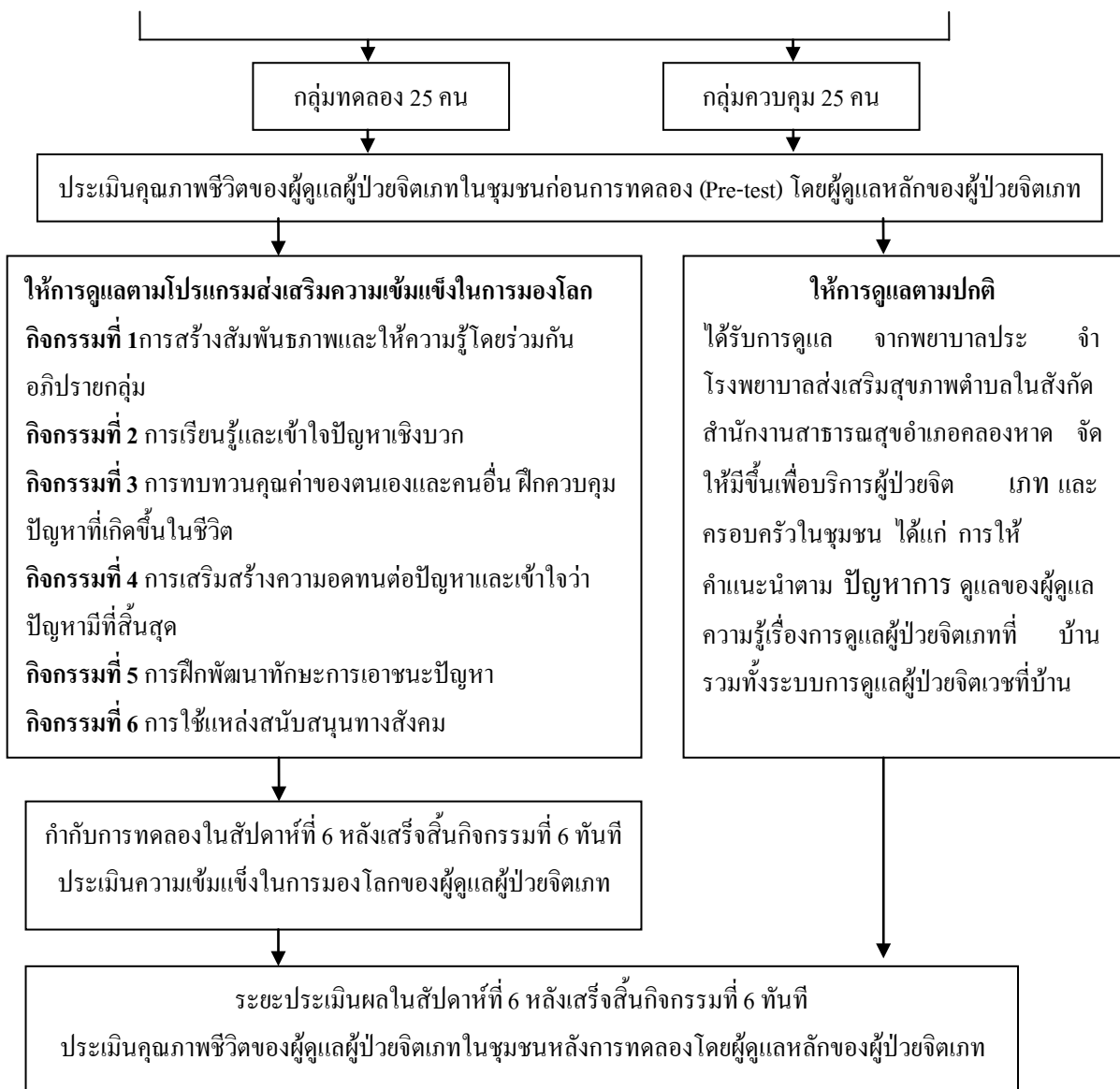
### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก โดยใช้ สถิติทดสอบ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test

### สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง





## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนในเขตอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sample) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน โดยมีการ ประเมินคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest –Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		รวม (n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	6	24.0	6	24.0	12	24.0
หญิง	19	76.0	19	76.0	38	76.0
<b>อายุ</b>						
25 – 34 ปี	1	4.0	1	4.0	2	4.0
35 – 44 ปี	2	8.0	-	-	2	4.0
45 – 54 ปี	9	36.0	7	28.0	16	32.0
55 – 60 ปี	13	52.0	17	68.0	30	60.0
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	-	-	-	-	-	-
คู่	19	76.0	19	76.0	38	76.0
หม้าย/หย่า/แยก	6	24.0	6	24.0	12	24.0
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท</b>						
พ่อ	3	12.0	3	12.0	6	12.0
แม่	5	20.0	9	36.0	14	28.0
บุตร	2	8.0	2	8.0	4	8.0
พี่	6	24.0	3	12.0	9	18.0
สามี	4	16.0	3	12.0	7	14.0
ภรรยา	5	20.0	5	20.0	10	20.0
<b>ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย</b>						
1-5 ปี	15	60.0	3	12.0	18	36.0
6-10 ปี	3	12.0	8	32.0	11	22.0
11-15 ปี	2	8.0	6	24.0	8	16.0
มากกว่า 15 ปี	5	20.0	8	32.0	13	26.0

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคืออายุ 45 – 54 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมาคือหม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 24 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองพบว่าเป็นพี่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24 รองลงมาคือ แม่และภรรยา คิดเป็นร้อยละ 20 และน้อยที่สุดคือ บุตร คิดเป็นร้อยละ 8 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นแม่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36 รองลงมาคือภรรยา คิดเป็นร้อยละ 20 และน้อยที่สุดคือ บุตร คิดเป็นร้อยละ 8 และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยพบว่า ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย 1 – 5 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36 รองลงมาคือ มากกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 26 และน้อยที่สุดคือ 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 16

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต โดยรวมและรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและการหลังทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=25)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	กลุ่มทดลอง (ระดับ)	กลุ่มควบคุม (ระดับ)	กลุ่มทดลอง (ระดับ)	กลุ่มควบคุม (ระดับ)
1. ด้านร่างกาย	23.24 (ปานกลาง)	21.32 (ปานกลาง)	26.76 (สูง)	21.16 (ปานกลาง)
2. ด้านจิตใจ	21.44 (ปานกลาง)	19.44 (ปานกลาง)	26.00 (สูง)	19.36 (ปานกลาง)
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	9.76 (ปานกลาง)	9.88 (ปานกลาง)	13.12 (สูง)	9.88 (ปานกลาง)
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	25.28 (ปานกลาง)	25.20 (ปานกลาง)	32.68 (สูง)	25.40 (ปานกลาง)
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม</b>	85.44 (ปานกลาง)	81.72 (ปานกลาง)	105.64 (สูง)	81.72 (ปานกลาง)

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกก่อนการทดลองทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม และคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 4 ด้านและคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทั้ง 4 ด้านและคะแนนโดยรวมพบว่า ทั้งก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง



ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก (n=25)

กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
คุณภาพชีวิต	85.44	7.75	105.64	4.54	24	-18.59	.000

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ก่อนการทดลองเท่ากับ 85.44 (ระดับปานกลาง) และหลังการทดลองเท่ากับ 105.64 (ระดับสูง) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Paired t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) นั่นคือ จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตภายหลังการทดลองโดยเฉลี่ยในระดับสูง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังเข้ารับการทดลอง (n=25)

กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
คุณภาพชีวิต	81.72	10.88	81.72	10.50	24	.000	1.000

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการทดลองเท่ากับ 81.72 (ระดับปานกลาง) และหลังการทดลองเท่ากับ 81.72 (ระดับปานกลาง) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมี คุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้ารับการทดลอง เท่ากัน โดยอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=25)

คะแนนคุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ก่อนการทดลอง	85.44	7.75	81.72	10.88	48	1.39	.171
หลังการทดลอง	105.64	4.54	81.72	10.50	48	10.44	.000

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกก่อนการทดลองเท่ากับ 85.44 (ระดับปานกลาง) และกลุ่มควบคุมก่อนเข้ารับการทดลองเท่ากับ 81.72 (ระดับปานกลาง) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน ด้วยวิธีทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภทในชุมชนก่อนเข้ารับการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $p < .05$ ) นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิต ไม่แตกต่างกัน โดยอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม สำหรับหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของ คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 105.64 (ระดับสูง) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) นั่นคือ ผู้ดูแลที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ( Quasi-Experimental Research) ออกแบบการทดลอง เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ( The Pretest –Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษา ผลของ โปรแกรมส่งเสริม ความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกกับกลุ่ม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก  
กลุ่มควบคุม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก
2. เพื่อเปรียบเทียบ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการ มองโลกสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก
2. คุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความ เข้มแข็งในการมองโลก สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน  
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ที่อยู่ในความ รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว จำนวน 50 คนแบ่งเป็นกลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยวิธี คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งมีคุณสมบัติตาม เกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีนหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่ บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท

2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ
3. มีอายุระหว่าง 25-60 ปีทั้งเพศชายและหญิง
4. สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียน ภาษาไทยได้สำหรับผู้ดูแลที่เขียนไม่ได้จะมีผู้ช่วยวิจัยช่วยเขียน
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (รัชนีศิริ ทาโต, 2552) โดยนำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งในการมองโลก หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการศึกษาของ ตะวัน วาทกิจ (2547) เรื่อง ผลของโปรแกรม ฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคที่มีต่อความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชน มาร่วมคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 90 % ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 20 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง ( Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 25 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 50 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คนกลุ่มทดลอง 25 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นไปได้สำหรับการวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ชุดคือ

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ
    - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
    - ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก
- 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** คือโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากการศึกษาของ ตะวัน วาทกิจ ( 2547) โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1982) โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริม

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นรายกลุ่ม ในผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 12 คนและ 13 คน สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60 -120 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้โดยร่วมกันอภิปรายกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้และเข้าใจปัญหาเชิงบวก

กิจกรรมที่ 3 การทบทวนคุณค่าของตนเองและคนอื่น ฝึกควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต

กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความอดทนต่อปัญหาและเข้าใจว่าปัญหามีที่สิ้นสุด

กิจกรรมที่ 5 การฝึกพัฒนาทักษะการเอาชนะปัญหา

กิจกรรมที่ 6 การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 26 ข้อ โดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย WHOQOL – BREF – THAI ที่พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล และคณะ (2540) โดยขอความอนุเคราะห์จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .88 จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.81

**3. เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง** ได้แก่ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ของ Antonovsky (1987) ที่แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ ( 2532) และนำมาพัฒนาโดยกาญจนา ขาวนอก (2548) คือ แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อใช้ประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกซึ่งสอดคล้องกับเนื้อหาที่ใช้ในการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตามโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ จำแนกเป็นข้อความวัดความสามารถด้านความเข้าใจ 11 ข้อ ด้านการจัดการ 10 ข้อ และด้านการให้ความหมาย 8 ข้อ แบ่งเป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก 16 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบ 13 ข้อ คือข้อ 1, 2, 3, 7, 8, 11, 13,

14, 16, 20, 25, 26 และ 27 ส่วนคำตอบจะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 7 ระดับ ระดับคะแนนที่น้อยที่สุดคือ 1 คะแนนและมากที่สุดคือ 7 คะแนน โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .89 จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยาลัยนพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก เท่ากับ 0.83

### การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลอง ออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะ เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. **ระยะเตรียมการทดลอง** การเตรียมความรู้ผู้วิจัยในเรื่อง โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ทักษะการทำกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับขั้นตอน กระบวนการ ตลอดจนเทคนิคการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ เตรียมติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว โดยขอความร่วมมือในการทำวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

2. **ระยะการดำเนินการทดลอง** ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้โปรแกรมการทดลอง โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (pre-test)

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแล ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก แบบกลุ่มในกลุ่มทดลอง โดยมีผู้ วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม และมีผู้ช่วยวิจัยซึ่งได้รับการอบรมและตกลงหน้าก่อนการเริ่มวิจัย แบ่งเป็นผู้ดูแล 2 กลุ่มๆละ 12 และ 13 คน ดำเนินกิจกรรมจำนวน 6 ครั้งใน

วันพุธและวันศุกร์ ครั้งละ 90-120 นาที ทั้งหมด 6 สัปดาห์ เป็นเวลาติดต่อกัน โดยใช้เวลาในช่วง 13.00 – 15.00 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันทีภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6

### 3. ระยะประเมินผลการทดลอง

3.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 (post-test) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วยตนเองอีกครั้ง พร้อมทั้งกล่าวขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 6 วันที่ (post-test) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วยตนเอง พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ซึ่งผลการทดลองพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีระดับคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ถ้าพบว่าผู้ดูแลเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำและตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตไม่ดี ผู้วิจัยจะขอพบเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และติดตามประเมินผลซ้ำ เมื่อครบ 1 เดือน ถ้ายังพบว่าผู้ดูแลมีระดับคุณภาพชีวิตไม่ดีผู้วิจัยจะส่งต่อไปยังหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หากค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก โดยใช้ สถิติทดสอบ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test



### สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย 2 ประการคือ

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1** คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2** คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงขึ้น

### อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76 โดยมีอายุส่วนใหญ่ระหว่าง 55-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 68 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 76 ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นแม่ คิดเป็นร้อยละ 36 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย 6 – 10 ปีและมากกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 32 เท่ากัน

2. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76 โดยมีอายุส่วนใหญ่ระหว่าง 55-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 52 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 76 ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นพี่ คิดเป็นร้อยละ 24 และส่วนใหญ่ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย 1 – 5 ปี คิดเป็น ร้อยละ 60

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย และมีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลเป็น แม่ พี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสกาเวร์ตัน ภูผา (2543) ที่ได้ศึกษา

ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมักเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร ซึ่งบุคคลดังกล่าวจะทำหน้าที่รับผิดชอบ ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2552) ที่กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เมื่อเป็นแล้วมักเรื้อรัง ไม่หายขาด ซึ่งสืบเนื่องมาจากระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่พบว่าส่วนใหญ่มากกว่า 1 ปีขึ้นไป เมื่อนับรวมระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้วจึงพบว่ามากกว่า 5 ปีขึ้นไปดังกล่าว

## ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริม ความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองในทุกด้าน โดยคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูงทั้งหมด

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นด้วยการประยุกต์จากโปรแกรมฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคที่มีต่อความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชน ของ ตะวัน วาทกิจ (2547) ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคของ Stoltz (1997) แนวคิดความหวังของ Herth (1990) และแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1982) ซึ่งเป็นแนวคิดหลักมาใช้ในการศึกษา มี 3 ประการ คือ 1) การรับรู้ว่ายี่ปัญหานั้นสามารถแก้ไขได้ อธิบายได้ โดยใช้เหตุผล (comprehensibility) จากการที่ผู้ดูแลมีความเข้าใจในตนเองเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการ ลักษณะหรือบุคลิกภาพของตนเอง รวมถึงความต้องการการใช้สติปัญญาในการทำ ความเข้าใจปัญหา 2) การรับรู้และประเมินว่าปัญหาต่าง ๆ นั้นสามารถบริหารจัดการได้ (manageability) โดยสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่จะมาช่วยเหลือได้อย่าง สร้างสรรค์และเหมาะสม 3) การรับรู้และประเมินว่าปัญหาที่เข้ามากระทบมีความหมาย ทำลาย มีคุณค่าเพียง

พอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไปได้ (meaningfulness) และจากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้ง 4 ด้าน โดยอยู่ในระดับสูง ซึ่งคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น เป็นการรับรู้และประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองที่เกิดขึ้นทันที ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม เนื่องจากรูปแบบของกระบวนการกลุ่มในการทำกิจกรรมตาม โปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการร่วมกันแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ความรู้สึกถึงความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน แสดงถึงความเข้าใจใน สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ดูแลต้องประสบ โดยในการดำเนินกิจกรรมในงานวิจัยนี้ มี ผู้ดูแลที่พิการขาเดียว ซึ่งมีคุณลักษณะของผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง คือ คิดเชิงบวก มอง โลกในแง่ดี มีความยืดหยุ่น คอยให้กำลังใจแก่สมาชิกกลุ่ม และเป็นบุคคลต้นแบบของการมีความ เข้มแข็งในการมองโลกสูง ซึ่งช่วยส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น รวมทั้งลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายมีการดูแลช่วยเหลือตนเองได้ดี ได้แก่ รับประทานยาอย่าง ต่อเนื่อง ตรวจสอบนัดสม่ำเสมอ ไม่มีอาการกำเริบ ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้และประเมินความพึงพอใจ ในตนเองต่อสิ่งที่เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในระดับสูง ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อการ เปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ดี มีความรู้สึกว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับตน มีความรู้สึกดีต่อ ตนเอง มีอารมณ์ที่เบิกบาน มองโลกในแง่ดี และพึงพอใจต่อชีวิตตนเองนำไปสู่เป้าหมายชีวิตที่ตั้งไว้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้สอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวลักษณ์ กลิ่นหอม (2540) ได้ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วย จิตเภท แขนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัด เชียงใหม่ พบว่า คุณภาพชีวิตและ ความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับสูง จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมี ระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเช่นกัน ซึ่งการดำเนินกิจกรรมได้มีกระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มร่วม ด้วย ทำให้ผู้ดูแลในกลุ่มได้มีการพูดคุย แสดงความคิดเห็นร่วมกัน มีการแสดงความเห็นอกเห็นใจ การให้ความช่วยเหลือกันในระหว่างการทำกิจกรรม ตลอดจนเปิดเผยความรู้สึกและความต้องการที่ แท้จริงของแต่ละคนในกลุ่มด้วย ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสา ริณี โต้ะทอง ( 2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดชลบุรี พบว่าภายหลังได้รับ โปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิต เภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น โดยสามารถรับรู้และประเมินสิ่งเร้าหรือ

ปัญหาต่างๆที่เข้ามากระทบชีวิตบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการได้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่สุดของคุณลักษณะที่อยู่ในตัวบุคคล โดยสามารถฝึกฝนและพัฒนาได้ทุกช่วงวัย (Antonovsky, 1982) ทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาและสามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีการปรับตัวต่อผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับตน การมีความรู้สึกดีต่อตนเอง มองโลกและสิ่งต่างๆในแง่ดี และมีความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง และส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตสูงกว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นกลุ่มที่ได้รับการ การติดตามเยี่ยมบ้านจากบุคลากรทางสุขภาพ การ ให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแล ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ บ้าน เช่น การรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การจัดการความเครียด รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชน โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งจะมองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่อันตราย เป็นภาระ ไม่มีความพยายามที่จะแก้ปัญหา หรือแก้ปัญหาโดยใช้แต่เพียงอารมณ์ มีความวิตกกังวล หมดหวัง ไม่มีความสุข มองโลกในแง่ร้าย หรือถูกปัญหาครอบงำจนไม่สามารถทำอะไรได้เลย รู้สึกไม่พึงพอใจต่อชีวิตตนเอง ดังนั้นจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจาก คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลก (เขาวลักษณะ กลินหอม, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ ตะวัน วาทกิจ (2547) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคที่มีต่อความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชน พบว่าความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ซึ่งภายหลังการร่วมกิจกรรมตาม โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น โดยได้รับความรู้และกระบวนการฝึกทักษะในการจัดการปัญหาเบื้องต้นทำให้มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้นส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการ โปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ยังได้รับแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยได้นำมาร่วมในขั้นตอนต่างๆของโปรแกรม ไม่ว่าจะเป็นการที่ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ที่ผู้ดูแลพึงได้รับ โดยผู้วิจัยทำการประเมินผู้ดูแลอย่างครอบคลุมกับบริบทในครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อที่ผู้วิจัยและผู้ดูแลจะได้มีส่วนร่วมในการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัวสามารถก้าวไปสู่ชีวิตที่ดีกว่าเดิม และการคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ดูแลและครอบครัว การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัวในการประคับประคองทางด้านจิตใจ การให้กำลังใจและเป็นທີ່ปรึกษาให้กับ

ผู้ดูแล ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี การร่วมกันประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัว การปรับปรุงสภาพแวดล้อม ตลอดจนการให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถขอความช่วยเหลือได้ จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติยังคงมีการประเมินว่าไม่พึงพอใจและไม่ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบที่สำคัญในชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มควบคุมไม่เกิดการพัฒนาคคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้ใช้ โปรแกรมส่งเสริม ความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ดังนี้

#### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชน การนำโปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ โรคจิตเภท ทักษะเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหาเบื้องต้น ทักษะการเกี่ยวกับการจัดการความเครียด รวมทั้งทักษะในการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 โปรแกรม ส่งเสริม ความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกระบวนการที่เน้นการพัฒนาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถรับรู้และเข้าใจปัญหาเชิงบวก เชื่อมั่นว่าทุกปัญหาที่มีสาเหตุ มีที่สิ้นสุดและแก้ไขได้ โดยเกิดทักษะในการเอาชนะปัญหาเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักให้กำลังใจตนเองและคนอื่น อีกทั้งรู้จักคุณค่าของตนเองและคนอื่น และสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชนได้เมื่อเกินขีดความสามารถของผู้ดูแลเอง จึงควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้นำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเกิดเป็นทักษะที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้เอง โดยอัตโนมัติในระหว่างการดำเนินชีวิตจริงในชุมชน ถ้าพบว่าผู้ดูแลเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำและตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตไม่ดี พยาบาลควร ขอบพบเป็นรายบุคคล โดย ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และติดตามประเมินผลซ้ำเมื่อครบ 1 เดือน ถ้ายังพบว่าผู้ดูแลมีระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี พยาบาลควรดำเนินการส่งต่อไปยังหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือต่อไป

## 2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลได้มีการศึกษาและอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เรื่อง การส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยเฉพาะ

2.2 ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชาที่เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในชุมชนอย่างเป็นทางการ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจและมีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ได้อย่างครอบคลุมทั้งด้าน กาย จิต สังคม

2.3 ควรเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาให้ครอบคลุมเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาล ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับต่ำ หรือปานกลาง ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในแต่ละพื้นที่และวัฒนธรรม เพื่อให้นักศึกษาได้ตระหนักรู้และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ตลอดจนการวางแผนการพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

## 3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรม ส่งเสริม ความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เช่น ติดตามผลระยะยาว ทุก 1, 2, 3, 6 เดือน เพื่อความคงอยู่ของคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนเช่นเดียวกัน เช่น ในกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางอารมณ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชในเด็ก เป็นต้น เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นว่ามีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละโรค

3.3 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นรายครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ถือเป็นภาระหน้าที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 ก่อนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก พยาบาลควรเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริง และพยาบาลจำเป็นต้อง

ดำรงความสัมพันธ์อันดีไว้ตลอดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

3.5 ข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก พบว่า มีผู้ดูแลบางคนอ่านหนังสือไม่ออกและเขียนหนังสือไม่ได้ ในการทำใบงานจึงมีผู้ช่วยวิจัยคอยช่วยเหลือในการเขียนคำตอบลงใบงานและอ่านใบความรู้ให้ฟัง เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปอย่างเรียบร้อย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กาญจนา ขาวนอก. (2547). **เปรียบเทียบความเข้มแข็งในการมองโลก และวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมสุขภาพจิต. (2547). **สถิติประจำปีโรงพยาบาลจิตเวช**. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.(2553).**รายงานประจำปี**.นนทบุรี:กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ไกรวรรณ เจริญกุล. ( 2539). การจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 4 (3) : 167-168.
- กัลยาณี โนนินทร์. ( 2542). การดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน. การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน. ( 2543). **คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน**. สุราษฎร์ธานี : โรงพิมพ์สุวรรณอักษร.
- จารุวรรณ ต.สกุล. ( 2544). **การพยาบาลจิตเวชชุมชน**. เอกสารประกอบการสอนวิชา การส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์หน่วยที่ 1-7.นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จิราพร รักรการ. (2549). **ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). **การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข**. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.13 (1): 1- 13.
- จอม สุวรรณโน. (2541). **ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง**. วารสารพยาบาลศาสตร์ 47: 147-157.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2550). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 9. โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.



- ชะอุทษ์ พงศ์อนุตริ. ( 2531). การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 33 (3) : 91-102.
- ชมัยพร ทิพย์สุวรรณ. (2543). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุงในกลุ่มญาติที่มีส่วนร่วมในการดูแลและในกลุ่มญาติที่ไม่มีส่วนร่วมในการดูแล. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ชัชฌา ก้อนจันทศ. ( 2534). บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ต่อครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช . รายงานการสัมมนาสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์. คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ณัฐยา พรหมบุตร. (2545). สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงตา กุศลรัตนญาณและคณะ. ( 2545). ความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา 1: 15-23.
- ตะวัน วาทกิจ. (2547). ผลของโปรแกรมฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคที่มีต่อความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. ( 2540). ผลการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. ( 2540). ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย : บทควมวิชาการ. วิทยาลัยพยาบาล สภาวิชาชีพพยาบาล 22(2): 110-116.
- ธวัชชัย ลีพหานาจ. (2548). ความเครียดและทัศนคติของกำลังพลกองทัพบกไทยที่ปฏิบัติการกิจในประเทศติมอร์ตะวันออก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 48(2) : 77-91.
- นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์. (2548). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 13 (3): 146-156.
- บุญวดี เพชรรัตน์. ( 2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12 (3): 141-149.

- บุญวดี เพชรรัตน์และเขาวานาถ สุวลักษณ์. (2546). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 21 (4): 249-258.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). *ระเบียบวิจัยทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวช ดันติพิวัฒน์สกุล. ( 2553). *คู่มือการจัดกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- โปรยทิพย์ กลีพันธ์. (2541). *ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พหล วงศาโรจน์และคณะ. ( 2544). การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต : ยุทธศาสตร์ความมั่นคงแห่งชาติ ในอุดมเพชร สังหาร , บุญชัย นวมงคลชัย , และพันศักดิ์ วราอัศวปติ (บรรณาธิการ) , *ประชาคมสุขภาพจิตอีสาน*. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกานนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2525). กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- พรชัย พงศ์สงวนสินและคณะ. ( 2541). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ : เฉพาะกรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีรัชัญญา. *วารสารกรมสุขภาพจิต* 5 (3): 16-23.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. ( 2544). *รูปแบบการดำเนินงานภาวะของผู้ดูแล : การทดสอบเชิงประจักษ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต , สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ . (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาชิปดี* . พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทบีคอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มนตรี อมรพิเชษฐ์กุลและพรชัยสงวนสิน. ( 2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, (3) : 113-127.
- เขาวลักษณ์ กลิ่นหอม. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท* .วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจา ภูโพนุลย์. ( 2535). *ความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล* 4: 9-19.

- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน . วิทยานิพนธ์  
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย  
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตน์ศิริ ทาโต.(2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่2.  
 กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ. (2545). การวิจัยทางการพยาบาล : หลักการและแนวปฏิบัติ. เชียงใหม่:  
 โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิภาพร มาพบสุข. (2540). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- วิมาลา เจริญชัย. (2545). พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท. การค้นคว้าอิสระ  
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย  
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรกษ นิธิกุล. (2535).การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหา  
 บัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีสุดา วนาลีสินและคณะ. (2546). ปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต  
 เวชของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย11(3):121-131.
- สกวรัตน์ ภูผา. (2543). ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.  
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถิตย์ วงศ์สุระประกิจ. (2542). ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์  
 มหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย  
 เชียงใหม่.
- สาริณี โต้ะทอง. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของ  
 ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ  
 จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สัมพันธ์ มณีรัตน์. (2546). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อ  
 การบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา  
 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สินชัย วสุนธรา. (2547). จิตเภท. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล.

- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ. ( 2540). **เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย**. ทูสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ. ( 2541). **เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด**. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 5 (3) : 4-14.
- สมคิด ตีรารักษ์. (2545). **ผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ. (2532). **สำรวจความวิตกกังวลในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย**. วารสารพยาบาล. 38 (3): 169-190.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). **การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). **บทความวิจัย กรอบแนวคิดในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท**. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 14(2): 15-21.
- สมภพ เรืองตระกูล . (2553). **ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช** . พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2536). **การปรับพฤติกรรม**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- \_\_\_\_\_ . (2543). **คู่มือจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ. (2545). **คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท** . การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- หงษ์ บรรเทิงสุข. 2545. **ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แขนงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญจรวรรณ ตริยวง. ( 2547). **ผลของกลุ่มจิตศึกษาต่อความเครียดในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท** . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- อัญชลี ศรีสุพรรณ.(2547). **ผลของการโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมพร ตรังคสมบัติ. (2544). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว**. กรุงเทพฯ: ชันดาการพิมพ์.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:

สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2553). **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอื้ออารีย์ สาลีกา. (2543). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท**.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

### ภาษาอังกฤษ

Adamac, C. (1996). **How to live with a mentally ill person: A handbook of day-to-day strategies**. New York: John Wiley & Sons.

American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4<sup>th</sup> ed. Washington DC : American Psychiatric Association.

Antonovsky, A . (1982). **Health, Stress and coping**. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A . (1987). **Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well**.(4<sup>th</sup> ed.) San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A., and Sagy, S. (1989). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situation. **Journal of Social Psychology** 126: 213-235.

Baker, A.F. (1989). Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit : How family cope. **Journal of Psychosocial Nursing** 27 (1) : 31-35.

Boyd, M.A., ( 2005). **Psychiatric Nursing Contemporary Practice**. 3<sup>rd</sup>ed. Philadelphia: Lippincott.

Brandt, P.A.& Weinert, C. (1985). **PRQ: A social support measure**. *Nursing Research*, 30: 277-280.

Cambell, A. (1976). Subjective measures of well-being. **American Psychologist** 32: 88-103.

Coehran and Cox. (1992). **Experimental Designs**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: John Wiley & Sons.

- Dahlin, L., Cederblad, M., Antonovsky, A., & Hagnell, O. (1990). Childhood vulnerability and adult invincibility. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 82: 228-232.
- Doornbos, M.M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Realities and dream. **Archives of Psychiatric Nursing**, 16 1(1): 39-46.
- D’Zurilla T, Dobson KS. editors. (1988). **Handbook of cognitive – behavioral therapies**. London : Hutchinson.
- Eakes, G.G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individual. **Archives of Psychiatric Nursing**, 9 (2): 77-84.
- Eriksson M., Lindstrom B. (2007). Antonovsky’s sense of coherence scale and its relation with quality of life : a systematic review. **Journal Epidemiol Community Health** 61: 938-944.
- Flanagan, J.C. (1987). A research approach to importing of quality of life. **American Psychologies** 31 (2): 138-147.
- Ferrans, C.E., and Power, M.J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. **Research nursing health** 15: 29-38.
- Frank-Stromberg, M. (1984). Selecting an Instruments to Measure quality of life. **Once Nursing Forum** 11 (5): 88-91.
- Friedman, M. M. (1986). **Family nursing : Theory assessment**. New York: Century –Crofts.
- Freidrich, R., Lively, S., & Buckwalter, K. (1999). Well sibling living with schizophrenia: Impact of associate behaviors. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health**, 37 (8): 11-19.
- Herth, K.A. (1990). Fostering hope in terminally ill people. **Journal of Advance Nursing**, 15: 1250-1259.
- Herman H., Schofield, H., Murphy, B., & Singh, B. (1994). **The experiences and quality of life of informal caregivers**. In J. Orley, & W. Kuyken (Eds). *Quality of life assessment : International perspectives*. New York: Springe-Verlag.
- Hobbs, T.R. (1997). Depression of caregiving mothers of adult schizophrenic : A test of resource deterioration model. **Community Mental Journal**, 33 (5): 387-398.

- Hunter, S. (1992). A dual Day Care: Promoting Quality of life for the Elderly. **Journal of Gerontological Nursing**, 18: 17-20.
- Kane, J. M., & Marder, S. R. (1993). Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. **Schizophrenia bulletin**, 19 (4): 287-302.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1998). **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral science and clinical psychiatry (8<sup>th</sup> ed)**. Baltimore : Williams & Wilkins.
- Lazarus, R. S., De Longis, A., Folkman, S., and Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcome: The problem of confound measures. **American Psychologist** 40: 770-779.
- Lubkin, L.M. (1986). **Chronic illness: impact and intervention**. Boston. Jones and Bart let Publisher, Inc.
- Lundman, B., & Norberg, A. (1993). The significance of a sense of coherence for subjective health in persons with insulin-dependent diabetes. **Journal of Advance Nursing**, 18: 381-386.
- Machin, D., Campbell, M., Fayers, P., and Pinol, A. (1997). **Sample Size Tables for clinical Study 2<sup>nd</sup> ed**. Malden: Blackwell Science.
- Mann, P.S. (2001). **Introductory statistics. 4<sup>th</sup> ed**. New York: John Wiley and Sons.
- Marom, et al., (2005). **Expressed emotion: Relevance to Rehospitalization in Schizophrenia. Over 7 Year** 31(3): 751-758.
- McKeehan, L.M. Cowling, W.R. & Wykle , M.L. (1986). Cantril self-anchoring ladders: Methodological considerations for nursing science. In P.L.Chinn. (Ed). **Nursing Research Methodology Issure and Implementation**. 285-293. Rockville : Aspen Publication.
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. **Journal of Advanced Nursing** 18:32-38.
- Montgomery, R. J. V. (1999). The family role in the context of long term care. **Journal of Aging and Health**, 11(3): 383-416.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., and Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. **Family Relations**, 34(4): 19-26.

- Nilsson, K. W., Leppert, J., Simonsson, B., Starrin, B. (2009). Sense of coherence and psychological well – being: improvement with age. **J Epidemiol Community Health** 64: 347-352.
- Polit, D.F. & Beak, C.T. (2004). **Nursing research: Principles and method**. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reinhard, S.C. (1994). Living with mental illness : Effect of professional support and personal control on caregiver burden. **Research in Nursing &Health** 17: 79-88.
- Rolland, J. (1994). **Families, illness and disability**. New York : Basic books.
- Rose, E.L. (1997). Families of Psychiatric Patient : a critical review and future research direction. **Archives of Psychiatric Nursing** 31: 19-21.
- Ruppert, R.A. (1996). Caring for lay caregiver. **American Journal of Nursing** 96: 40-45.
- Sadock, J.B. and Sadock, A.V. (2000). **Comprehensive Text book of psychiatry**. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, J.B. and Sadock, A.V. (2005). **Comprehensive Text book of psychiatry**. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Salleh, M. R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay Families. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 89: 180-185.
- Song, L. Y., Bielgel, D. E., & Milligan, S. E. (1997). Predictor of depressive symptomatology among lower social class caregivers of person with chronic mental illness. **Community Mental Health Journal**, 33(4) : 269-286.
- Stoltz, G. P. (1997). **Adversity Quotient : Turning obstacles into opportunities**. New York : John Wiley & Sons Inc.
- Tabachnick, B., and Fidell, L. (1998). **Using Multivariate Statistics**. Harper Collins. 10 East 53 d Street, NY: 1022.
- The WHOQOL Group. (1994). **The development of the world health organization quality of life assessment instrument** : International perspective (pp. 41-57). New York: Springer –Verlag.
- The WHOQOL Group. (1996). **WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of assessment, field trial version**. Geneva: WHO .



- The World Health Organization Quality of life Assessment Group. (1996). People and health : what quality of life ? . **World Health Forum**, 17 (4): 354-356 .
- Ulrika Lindmark et. al. (2009). The distribution of sense of coherence among Swedish adults : A quantitative cross – sectional population study. **Scandinavian Journal of Public Health** 38: 1-8.
- UNESCO. (1980). Evaluation the quality of life in Belgium. **Social Indicators Research** 83: 12-319.
- World Health Organization. (2006). **The ICD-10 classification of mental and behavioral Disorder:clinical description and diagnostic guidelines**. Geneva: WHO.
- Yalom, I.D. (1995). **The Theory and Practice of Group Psychotherapy**. 2 ed. New York : Basic Books.
- Yip, K.S., Law, S. O., & Lee,L. F. (2000). The willing ness of mental out patients in participating self-help group: A social work critical reflection. **Social Work Practice and Evaluation Journal**, 1(1): 35-46.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. **Journal of Advanced Nursing** 17: 795-800.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

### ชื่อ – สกุล ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

- |   |  |
|---|--|
| 1. แพทย์หญิงฉวีพร สกุลแพทย์                         | จิตแพทย์ชำนาญการ<br>โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์  |
| 2. อาจารย์อรัญญา บุญธรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช<br>วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี                              |
| 3. อาจารย์สาริณี ไต้ะทอง                            | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ<br>อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช<br>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี |
| 4. นางนุชบา คล้ายมุง                                | ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล<br>สุขภาพจิตและจิตเวช (APN)<br>โรงพยาบาลเสนา                       |
| 5. นางสาวสมลักษณ์ เขียวสด                           | ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล<br>สุขภาพจิตและจิตเวช (APN)<br>โรงพยาบาลราชบุรี                    |

ภาคผนวก ข  
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

### การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้  
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร , 2547)

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพชีวิต

$$CVI = \frac{23}{26} = 0.88$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

$$CVI = \frac{26}{29} = 0.89$$

**ภาคผนวก ค****เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก
2. แบบประเมินคุณภาพชีวิต
3. แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

## ตัวอย่างโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก

### หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด ซึ่งมีทั้งความรุนแรงและเรื้อรังความชุกของโรคในประชากรทั่วไปพบร้อยละ 1-1.5 (Kaplan & Sadock, 1998) และอุบัติการณ์ของโรคพบได้ประมาณร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลก ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 24.19 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2553) จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้ให้ความสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลและรักษาพยาบาลจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจึงมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพ เมื่ออาการรุนแรงทุเลาลงก็จะได้รับการจำหน่าย โดยผลักดันให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ ( Yip, Law, & Lee, 2000; สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการแสดงหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาจนส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล (พิเชษ อุดมรัตน์, 2552) ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ต่อพฤติกรรมและอาการว่าเป็นปัญหาหรือภาระการดูแลที่ทำให้ผู้ดูแลเดือดร้อน เช่น พฤติกรรมของผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองหรือต่อบุคคลอื่น มีพฤติกรรมรบกวนในช่วงเวลากลางคืนที่ควรได้พักผ่อน ขัดแย้งในครอบครัว และบางครั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนบ้าน (ภทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544) ผู้ดูแลจะมีสุขภาพที่แย่ลง มีความอ่อนล้า มีปัญหาในการนอนหลับ ( Rolland, 1994) และพบว่า 1 ใน 5 ของญาติมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ครอบครัวเกิดความตึงเครียด นำไปสู่การแสดงอารมณ์ต่อกันมากขึ้น (ดวงตา กุรัตนญาณ และคณะ, 2545) และมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตถึงร้อยละ 66.67 (มนตรี อมรพิเชษฐ์กุลและพรชัยสงวนศิลป์, 2544) วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไปกิจกรรมทางสังคมและการพักผ่อนหย่อนใจก็ลดลงและแยกตัวจากสังคม และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด บางรายไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยไว้เพื่อออกไปทำงานนอกบ้าน จึงประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้ขาดรายได้ประกอบกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาและการดูแลผู้ป่วย ( Doombos, 2002; Friedrich, Lively & Bucwalter, 1999) จากการที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในการทำงานกิจกรรมต่างๆ เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระ ( burden) แก่น ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ความรู้สึกทุกข์ใจและการมีอารมณ์รุนแรงของผู้ดูแล (บุญวดี เพชรรัตน์และ เขาวานา สุวักขณ์, 2547; Montgomery, 1985) จากภาระทั้งสองประเภททำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมแย่ลงได้ (ณัฐยา พรหมบุตร, 2545; Doombos, 2002) ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ไม่เอาใจใส่ หรือดูแลอย่างขาดประสิทธิภาพ (Eakes, 1995) บางรายถึงกับทำร้ายร่างกายผู้ป่วย ทำให้มีปัญหาซับซ้อนและ



กลับเป็นซ้ำมากขึ้น (Reinhard, 1994) โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมาจากความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการมองสถานการณ์ในแง่บวกใหม่เพียง ร้อยละ 20 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ หมายความว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับต่ำ ส่งผลให้ไม่สามารถใช้การคิดในแง่ดี การมองโลกในแง่ดี ทำให้ให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ไม่ดี (กาญจนา ขาวนอก , 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก (Antonovsky, 1982) สามารถเพิ่มระดับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ จึงนำโปรแกรมฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรค ของ ตะวัน วาทกิจ (2547) ซึ่งใช้แนวคิดความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคของ Stoltz (1997) และแนวคิดความหวังของ Herth (1990) และแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1982) มาประยุกต์ใช้เนื่องจากเป็นรูปแบบการฝึกเอาชนะอุปสรรค โดยให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในแต่ละกิจกรรม ดำเนินการเป็นกลุ่มผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคเพื่อต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตอย่างมีความหวังและมีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่เสมอ จะทำให้ผู้ดูแล สามารถเผชิญปัญหา และสามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีการปรับตัวต่อผู้ป่วยจิตเภท ทำให้มีความรู้สึกว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับตน การมีความรู้สึกดีต่อตนเอง มองโลกและสิ่งต่างๆในแง่ดี และมีความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเองและส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**แนวคิดการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**

ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก โดยศึกษาและทบทวนแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1982) ร่วมกับแนวคิดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้และประเมินปัญหาได้ว่าสามารถเข้าใจได้ (comprehensibility) สามารถบริหารจัดการได้ (manageability) และมีความหมาย ทำทนายมีคุณค่าเพียงพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วง (meaningfulness) โดยใช้รูปแบบการทำกิจกรรมกลุ่ม แบ่งระยะการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็น 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้และเข้าใจปัญหาเชิงบวก กิจกรรมที่ 3 การทบทวนคุณค่าของตนเองและคนอื่นและฝึกควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้น กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความอดทนและเข้าใจว่าปัญหามีที่สิ้นสุด กิจกรรมที่ 5 การฝึกพัฒนาทักษะการเอาชนะปัญหา และกิจกรรมที่ 6 การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการนำโปรแกรมการฝึกเอาชนะอุปสรรค จากการศึกษาของ ตะวัน วาทกิจ (2547) ที่ศึกษาในเยาวชนซึ่งมี 7 กิจกรรม คือ 1) ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ 2) การเรียนรู้และเข้าใจ 3) การควบคุมอุปสรรค 4) เข้าใจและรับผิดชอบ 5) อุปสรรคมีที่สิ้นสุดและเสริมความอดทนต่อปัญหา 6) กรณีศึกษา : ความสามารถ



## โครงสร้างกิจกรรม

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่ม
- กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้และเข้าใจปัญหาเชิงบวก
- กิจกรรมที่ 3 การทบทวนคุณค่าของตนเองและคนอื่นและฝึกควบคุมปัญหา
- กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความอดทนต่อปัญหาและเข้าใจว่าปัญหามีที่สิ้นสุด
- กิจกรรมที่ 5 การฝึกพัฒนาทักษะการเอาชนะปัญหา
- กิจกรรมที่ 6 การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

## การบริหารจัดการ

ดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่มผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 12คน และ 13 คน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 – 120 นาที การเริ่มต้นกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก สิ่งที่ต้องปฏิบัติทุกครั้ง คือ

1. รวบรวมข้อมูลของสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับลักษณะ โดยทั่วไป เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยและสถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแล เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจมักแก้ปัญหาอย่างไร เรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจและวิธีการจัดการกับปัญหาเพื่อลดอาการที่เกิดขึ้น และคิดว่าชีวิตที่มีความสุขเป็นอย่างไร โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2. ใช้กระบวนการ การส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก มี 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่ม 2) การเรียนรู้และเข้าใจปัญหาเชิงบวก 3) การทบทวนคุณค่าของตนเองและคนอื่น และฝึกควบคุมปัญหา 4) การเสริมสร้างความอดทนต่อปัญหาและเข้าใจว่าปัญหามีที่สิ้นสุด 5) การฝึกพัฒนาทักษะการเอาชนะปัญหา 6) การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้จะช่วยให้สมาชิกเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน นำความรู้และทักษะในการจัดการจากประสบการณ์ไปใช้ในชีวิตจริง ซึ่งในแต่ละขั้นตอนประกอบด้วย การได้รับความรู้ที่จำเป็น การสร้างความเชื่อมั่นในการรับรู้และประเมินในการจัดการปัญหา การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกและการยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน

3. การสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่ม โดยการกล่าวทักทายกับสมาชิกกลุ่ม ด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงท่าทีที่เป็นมิตร จริงใจ และเปิดเผย มีความสม่ำเสมอในการกระทำ รวมทั้งให้การยอมรับสมาชิกกลุ่ม

4. เลือกสถานที่ที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม โดยเป็นสถานที่ที่เงียบสงบ ไม่มีเสียงภายนอก รบกวน แสงสว่างพอเหมาะ และบรรยากาศอบอุ่นปลอดภัย

### การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

1. คัดเลือกสมาชิกตามคุณสมบัติข้างต้น
2. ลงลายมือชื่อใบยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม

### ผู้ดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มในลักษณะการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก

### การประเมินผล

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ประเมินผลโดยตรงหลังเสร็จสิ้นในแต่ละกิจกรรม โดยการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การแสดงบทบาทสมมติ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกอย่างต่อเนื่อง และผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถตอบคำถามใบงานในแต่ละกิจกรรมได้ถูกต้อง หากผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินไม่ผ่าน ผู้วิจัยใช้วิธีถาม -ตอบกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมและอธิบายเพิ่มเติม พร้อมทั้งสรุปให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมฟังอีกครั้ง
2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเข้มแข็งในการมองโลกและมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น
3. วิเคราะห์ผลการใช้กิจกรรมโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

ตารางที่ 8 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ณ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชันย์

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้โดยร่วมกันอภิปรายกลุ่ม	กลุ่มที่ 1 (12 คน)	12 ธันวาคม 55	เวลา 13.00 – 15.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (13 คน)	14 ธันวาคม 55	เวลา 13.00 – 15.00 น.
ครั้งที่ 2 การเรียนรู้และเข้าใจปัญหาเชิงบวก	กลุ่มที่ 1 (12 คน)	19 ธันวาคม 55	เวลา 13.00 – 15.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (13 คน)	21 ธันวาคม 55	เวลา 13.00 – 15.00 น.
ครั้งที่ 3 การทบทวนคุณค่าของตนเองและคนอื่น ฝึกควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต	กลุ่มที่ 1 (12 คน)	26 ธันวาคม 55	เวลา 13.00 – 15.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (13 คน)	28 ธันวาคม 55	เวลา 13.00 – 15.00 น.
ครั้งที่ 4 การเสริมสร้างความอดทนต่อปัญหาและเข้าใจว่าปัญหามีที่สิ้นสุด	กลุ่มที่ 1 (12 คน)	2 มกราคม 56	เวลา 13.00 – 15.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (13 คน)	4 มกราคม 56	เวลา 13.00 – 15.00 น.
ครั้งที่ 5 การฝึกพัฒนาทักษะการเอาชนะปัญหา	กลุ่มที่ 1 (12 คน)	9 มกราคม 56	เวลา 13.00 – 15.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (13 คน)	11 มกราคม 56	เวลา 13.00 – 15.00 น.
ครั้งที่ 6 การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มที่ 1 (12 คน)	16 มกราคม 56	เวลา 13.00 – 15.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (13 คน)	18 มกราคม 56	เวลา 13.00 – 15.00 น.

## ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ และให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่ม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยกัน	☺ การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยกับผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยกัน ผู้วิจัยต้องสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร	☺ ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มผู้ดูแลนั่งเป็นวงกลมเพื่อให้สามารถเห็นหน้ากัน ได้ทุกคน สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ดูแลโดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร	☺ ดินสอ/ปากกา กระดาษ ยางลบ สี ไม้/สี เทียน	☺ การสังเกตความสนใจ การซักถาม การทำกิจกรรม ละลายพฤติกรรม ของผู้ดูแลใน
2. เพื่อสร้างบรรยากาศ ความเป็นกันเอง ความคุ้นเคย ความไว้วางใจ การยอมรับ การกล้าแสดงความรู้สึก เปิดเผยตนเองของสมาชิกกลุ่ม	สร้างความรู้สึกร่มเย็นปลอดภัยแก่ผู้ดูแล โดยการสื่อด้วยท่าทางและภาษาที่ช่วยให้ผู้ดูแลกล้าแสดงความคิดเห็นได้แก่ ยิ้มแย้มแจ่มใส สบตา กับผู้ที่เราคุยด้วยท่าที่เป็นมิตร	บรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจผู้ดูแล จากนั้นให้ผู้ดูแลกล่าวแนะนำตนเอง ☺ ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกิจกรรมละลาย	..... ..... ..... ..... ..... .....	การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลในกลุ่มได้
3.....	กระตือรือร้น สนใจ ตั้งใจฟัง	พฤติกรรม ( Ice-Braking) โดยแจก	.....	.....
.....	เข้าใจและยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของ	ดินสอ/ปากกา	.....	.....
4.....	ผู้ดูแล เมื่อเกิดความไว้วางใจขึ้น กลุ่มผู้ดูแลมีความเต็มใจที่จะเปิดเผยความรู้สึกและ	กระดาษยางลบ สีไม้/สีเทียน เพื่อทำความรู้จักและสร้าง	.....	.....
.....	ประสบการณ์ของตนมีความมั่นใจในการให้และยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งจะส่งผลต่อกระบวนการกลุ่มเกิดการเรียนรู้ที่จะติดต่อและ	ความคุ้นเคยกัน สำหรับผู้ดูแลที่ไม่สามารถเขียนได้จะมีผู้ช่วยวิจัยคอยช่วยเหลือในการเขียน	.....	.....
.....	สร้างสัมพันธ์ภาพไว้วางใจกัน ผูกพัน เข้าใจตรงกันกับผู้วิจัยทำให้เกิดความร่วมมือต่อการ	ลงในงานในแต่ละกิจกรรม	.....	.....
.....	เข้ากลุ่ม .....	.....	.....	.....

## กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยกัน
2. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการ รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและระยะเวลาที่ใช้ของกิจกรรม รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก
4. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่ดีต่อกันจากการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลในกลุ่มได้ครบทุกคน
2. บอกถึงความหมายและความสำคัญของความเข้มแข็งในการมองโลกได้

ระยะเวลา 60 - 90 นาที

### สรุปสาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกิจกรรมละลายพฤติกรรม (Ice-Breaking) เพื่อสร้างความไว้วางใจและความคุ้นเคยภายในกลุ่มทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายและความสำคัญของความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นความรู้พื้นฐาน แล้วเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถาม ร่วมกันอภิปราย เป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิก ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม

### สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1 เรื่องความเข้มแข็งในการมองโลก
2. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องความเข้มแข็งในการมองโลก
3. ดินสอ/ปากกา กระดาษ ขางลบ สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

## กิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิก โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่นแสดงความสนใจแก่สมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคน จากนั้นแจกกระดาษ ดินสอ ยางลบให้สมาชิก
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกวาดหน้าตนเองในกระดาษและเขียนจุดเด่นของตนเองที่ทำให้ผู้อื่นสามารถสังเกตได้ง่ายมา 2 ข้อ
  3. ผู้วิจัยรวบรวมกระดาษที่วาดเรียบร้อยแล้วมาแจกคืนให้สมาชิกโดยไม่ซ้ำกับเจ้าของภาพและให้พิจารณาว่าภาพที่ได้รับตรงกับสมาชิกคนใด หลังจากทราบว่าเป็นสมาชิกคนใดก็ให้ไปจับคู่แล้วซักถามรายละเอียดต่างๆ เช่น
    - 3.1 ชื่อ - นามสกุล ชื่อเล่น อายุ
    - 3.2 อาหารที่ชอบ สีที่ชอบ
    - 3.3 เวลาว่างชอบทำอะไร
  4. หลังจากสมาชิกรู้จักกันพอสมควรแล้ว ผู้วิจัยขอให้กลับเข้าที่นั่งเดิม และให้สมาชิกออกมาแนะนำตัวทีละคน ตามหัวข้อที่กำหนด ดังนี้
    - 4.1 ชื่อ - นามสกุล ชื่อเล่น อายุ
    - 4.2 อาหารที่ชอบ สีที่ชอบ
    - 4.3 เวลาว่างชอบทำอะไร
    - 4.4 คิดว่าชีวิตมีความสุขเป็นอย่างไร
    - 4.5 เวลามีปัญหาหรือทุกข์ใจ มักแก้ไขอย่างไร
5. ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรมและร่วมกันอภิปรายกับสมาชิก พร้อมนำเข้าสู่ประเด็นในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก
6. ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก กิจกรรมโดยย่อในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมและเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถาม
7. ผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 1 ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก และบรรยายประกอบ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามเพื่อความเข้าใจตรงกัน
8. ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกและเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดถึงความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมในครั้งนี้และข้อเสนอแนะในการทำกลุ่มครั้งต่อไป
9. ผู้วิจัยสรุปประโยชน์ที่สมาชิกได้รับ กล่าวชมเชยและให้กำลังใจสมาชิก
10. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2



## ใบความรู้ที่ 1

### ความเข้มแข็งในการมองโลก

#### ความหมาย

Antonovsky (1982) ได้กล่าวว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นการรับรู้ของบุคคลอย่างเชื่อมั่นว่าไม่ว่าจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ใดๆเกิดขึ้นทั้งภายในตัวเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกตนเองก็สามารถเข้าไปจัดการแก้ไขได้ ซึ่งการรับรู้เช่นนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมต่อการจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรค และหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้คุณสามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิต จึงสามารถดำรงความมีสุขภาพดีและมีความสุขในชีวิต

#### องค์ประกอบความเข้มแข็งในการมองโลก

ตามแนวคิดของ Antonovsky (1989) มีองค์ประกอบทั้ง 3 ประการ คือ

1) การมองสิ่งต่างๆว่าสามารถเข้าใจได้ เป็นการรับรู้ว่าสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบเป็นสิ่งเร้าที่สามารถเข้าใจได้ มีระบบ ระเบียบ สามารถอธิบายและทำนายได้ ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเกินกว่าจะรับรู้หรือเข้าใจได้

2) การมองสิ่งต่างๆว่าสามารถจัดการได้ เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนมีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าได้ หรือมีแนวทางในการจัดการ แหล่งประโยชน์นี้อาจมาจากตนเองหรือผู้อื่นก็ได้ เช่น เพื่อน พระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์และบุคคลที่น่าเชื่อถือ

3) การมองว่าสิ่งต่างๆมีความหมาย เป็นความรู้สึกรับรู้ของบุคคลที่ให้คุณค่าและความหมายของสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่ามีความหมาย ทำนาย มีความยินดีที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ รู้สึกคุ้มค่ากับเวลา กำลังกายและสติปัญญาที่ใช้ในการเผชิญกับเหตุการณ์มากกว่าที่จะให้ความหมายว่าเป็นภาระหรือความยุ่งยาก

ประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคนทำให้บุคคลมีองค์ประกอบทั้งสามประการนี้สูงและต่ำแตกต่างกันไป ซึ่งมีผลต่อการรับมือกับสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ โดยเชื่อว่าองค์ประกอบด้านการให้ความหมาย มีความสำคัญมากที่สุด เนื่องจากถ้าบุคคลให้ความสำคัญกับปัญหาว่ามีความหมาย มีคุณค่าควรแก่การเข้าไปแก้ไข บุคคลนั้นก็จะมีความตั้งใจที่จะพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและหาทางจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไปจนได้

### ลักษณะของคนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง

คนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะเป็นคนที่มีความยืดหยุ่นในเรื่องต่างๆ มองปัญหาว่าท้าทาย มีความมุ่งมั่นที่จะแก้ปัญหา (Antonovsky, 1987) จะสามารถรับรู้และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และสามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ( Lazarus & Flokman, 1984 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล , 2532) สามารถปรับพฤติกรรมทางสุขภาพได้ดี มีภาวะสุขภาพที่ดีส่งผลให้มีการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตไปในทางที่ดี ( Antonovsky, 1982) ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้มากกว่า คนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ ซึ่งจะมองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่อันตราย เป็นภาระ ไม่มีความพยายามที่จะแก้ปัญหา หรือแก้ปัญหาโดยใช้แต่เพียงอารมณ์ มีความวิตกกังวล หมดหวัง ไม่มีความสุข หรือถูกปัญหาครอบงำจนไม่สามารถทำอะไรได้เลย

### ผลดีของการมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง

1. รับรู้ในความสามารถของตนเองและรู้คุณค่าของตนเอง
2. กล้าเผชิญปัญหาและสามารถเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. มองโลกในแง่ดี เป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
4. รู้สึกพึงพอใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่
5. สามารถใช้ทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น
6. ควบคุมตนเองได้ดี สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นๆและสิ่งแวดล้อมได้ง่าย
7. สุขภาพกายและจิตใจแข็งแรง ไม่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท เป็นต้น

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

## แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง เครื่องมือชุดนี้เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย  ในช่องข้อความหรือเติมข้อความ  
ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส  โสด  คู่  หม้าย/หย่า/แยก
4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
5. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจและเติมเครื่องหมาย  ในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับ  
ความรู้สึกหรือความคิดของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงาน และการดำเนินชีวิตประจำวัน) มากน้อยเพียงใด					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบมี ความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	.....					
	.....					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) ในระดับใด					

**แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (กำกับกรทดลอง)**

**คำชี้แจง** ข้อความต่อไปนี้เป็นการสอบถามการมองชีวิตในแง่มุมต่างๆของท่าน โดยในแต่ละข้อคำถามจะมีตัวเลขให้ท่านเลือกตอบตามระดับความรู้สึก มี 7 ระดับ คือ ระดับ 1-7 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- ระดับ 1 หมายถึง ไม่เคยรู้สึกเลย  
 ระดับ 2 หมายถึง รู้สึกน้อยที่สุด  
 ระดับ 3 หมายถึง รู้สึกค่อนข้างน้อย  
 ระดับ 4 หมายถึง รู้สึกเป็นบางครั้ง  
 ระดับ 5 หมายถึง รู้สึกค่อนข้างมาก  
 ระดับ 6 หมายถึง รู้สึกมาก  
 ระดับ 7 หมายถึง รู้สึกมากที่สุด

กรณาวงกลม ○ รอบตัวเลข ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ตัวอย่าง :

ท่านมีความพึงพอใจในหน้าที่การงานของท่านมากน้อยเพียงใดในปัจจุบัน

1            2            3            4            5            6            7

ไม่พอใจ    พอใจเป็น

เลย            อย่างมาก

ในที่นี้ผู้ตอบวงกลมรอบเลข 6 แสดงว่า ผู้ตอบพอใจในหน้าที่การงาน ใกล้เคียงหรือเกือบถึงระดับสูงสุด คือ พอใจเป็นอย่างมาก

**กรณาวงกลมรอบตัวเลขที่ ตรงกับความรู้สึกของท่าน มากที่สุด**

1.เมื่อท่านพูดคุยกับบุคคลอื่น ท่านมีความรู้สึกบ้างหรือไม่ว่า คนอื่นไม่เข้าใจท่าน

1            2            3            4            5            6            7

ไม่เคยรู้สึกเลย    มักรู้สึกเช่นนี้เสมอ

2. ในอดีตที่ผ่านมา เมื่อท่านต้องการทำสิ่งใดก็ตามที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลอื่น ท่านมีความรู้สึกอย่างไร

1            2            3            4            5            6            7

ทำไม่สำเร็จ    ทำสำเร็จ

อย่างแน่นอน    อย่างแน่นอน

3. นอกเหนือจากญาติหรือเพื่อนสนิทแล้ว ขอให้ท่านนึกถึงบุคคลที่ท่านติดต่ออยู่ในชีวิตประจำวัน ว่า ท่านรู้จักเขาเหล่านั้นมากน้อยเพียงใด

1	2	3	4	5	6	7
รู้สึกว่าเขาเหล่านั้น						
เป็นคนแปลกหน้า						

เป็นอย่างไร

---

4. ท่านรู้สึกว่าคุณมักไม่ได้ใส่ใจกับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว บ่อยครั้งเพียงใด

1	2	3	4	5	6	7
ไม่เคยรู้สึกเลย						

รู้สึกบ่อยครั้งมากที่สุด

---

5. ในช่วงที่ผ่านมา ท่านเคยรู้สึกแปลกใจกับพฤติกรรมของผู้ที่ท่านคิดว่า ท่านรู้จักเขาเป็นอย่างดีบ้างหรือไม่

1	2	3	4	5	6	7
ไม่เคยรู้สึกเลย						

รู้สึกมากที่สุด

---

.

.

.

.

.

.

29. ท่านมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่า ท่านจะควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิต ได้บ่อยแค่ไหน

1	2	3	4	5	6	7
บ่อยมาก						

น้อยมากหรือไม่มีเลย

---

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วย  
จิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเดือนแรม ยศปัญญา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถานที่ ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชันย์ หมู่ 2 ต.ไทยอุดม  
อ.คลองหาด จ.สระแก้ว 27260

(ที่บ้าน) 195 หมู่ 4 ต.วังทอง อ.วังสมบูรณ์ จ.สระแก้ว 27250

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-3725-0100 โทรศัพท์มือถือ 081-1549910

E-mail : duenram\_yoet@yahoo.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความ  
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาใน  
การอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้  
ตลอดเวลา

2. โครงการนี้ เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อ  
คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับ  
โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก

2) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับ  
โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช  
สระแก้วราชชนรินทร์ โดยเป็นผู้ป่วยจิตเภทในทะเบียนผู้ป่วยเขตอำเภอคลองหาด ที่มารับยาตามนัด  
ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชันย์ จำนวน 50 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตเพื่อ  
สำรวจรายชื่อเรียบร้อยแล้ว

การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมการวิจัยจะใช้วิธีการแบบแบบเจาะจงตามเกณฑ์ ดังนี้

1) เป็นบิดาหรือมารดา สามีนหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่  
บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท

2) เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ

- 3) มีอายุระหว่าง 25-60 ปีทั้งเพศชายและหญิง
- 4) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
- 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

และมี เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ดังนี้

- 1) ผู้ร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย
- 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 ครั้งตามโปรแกรม

เมื่อได้ครบตามจำนวน จะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน

5.กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหาดจัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแล ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1982) จากการศึกษาของ ตะวัน วาทกิจ (2547) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม กลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 12 และ 13 คน จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60-120 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ได้แก่ ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก ครั้งที่ 2 การเรียนรู้และเข้าใจปัญหาเชิงบวก ครั้งที่ 3 การทบทวนคุณค่าของตนเองและคนอื่นและฝึกควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้น ครั้งที่ 4 การเสริมสร้างความอดทนและเข้าใจว่าปัญหามีที่สิ้นสุด ครั้งที่ 5 การฝึกพัฒนาทักษะการเอาชนะปัญหา ครั้งที่ 6 การใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม และยุติการทำกลุ่ม โดยในแต่ละกิจกรรมมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม และมีผู้ช่วยวิจัยซึ่งได้รับการอบรมและตกลงหน้าที่ก่อนการเริ่มวิจัย ซึ่งในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งผู้เข้าร่วมวิจัยจะมีการบันทึกคำตอบและแสดงความคิดเห็นในใบงาน ด้วย และผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วยตนเองและมีผู้ช่วยวิจัยคอยช่วยเหลือในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง (Pre- test) ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 ซึ่งในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ใช้เวลา 3 นาที ตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ ใช้เวลา 6 นาที และตอบแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก



จำนวน 29 ข้อ ใช้เวลา 6 นาที โดยผู้วิจัยจะประเมินคุณภาพชีวิต ( Post-test)และกำกับการทดลองทันทีในกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 6

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1982) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการเผชิญปัญหาและมีการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีการปรับตัว มองโลกในแง่ดีและรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนนำไปสู่เป้าหมายชีวิตที่ตั้งไว้ และเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดย **สมัครใจ** และสามารถ **ปฏิเสธ** ที่จะเข้าร่วม หรือ **ถอนตัว** จากการวิจัยได้ทุกขณะโดย **ไม่ต้อง** ให้เหตุผลและ **ไม่สูญเสีย** ผลประโยชน์ที่พึงได้รับ **ไม่มีผลกระทบ**ต่อการดูแลรักษาและการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

8. ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้คือมีทักษะในการเผชิญปัญหาและมีการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวได้ มองโลกในแง่ดีและรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนนำไปสู่เป้าหมายในชีวิตที่ตั้งไว้ ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของท่านเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ทางวิชาการ ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในดูแลกลุ่มควบคุมหรือผู้ดูแลที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ ท่านทราบอย่างรวดเร็ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

10. ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ มีการจ่ายค่าชดเชยให้แก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งการเดินทางจะมีรถรับ-ส่ง มาร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีค่าทดแทนการเสียเวลา 100 บาท/คน

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”

### หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

ทำที่.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเดือนแรม ยศปัญญา

ที่อยู่ติดต่อ บ้านเลขที่ 195 หมู่ 4 ต.วังทอง อ.วังสมบูรณ์ จ.สระแก้ว 27250 โทรศัพท์ 081-1549910

ข้าพเจ้า ได้รับทราบ รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ ได้รับ คำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึง **สมัครใจ** เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม รับการให้คำแนะนำ เกี่ยวกับ ปัญหาการดูแล ผู้ป่วยจากพยาบาลวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตและแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก จำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ใช้เวลา 15 นาที ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ **เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 , 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 **E-mail: eccu@chula.ac.th**

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวเดือนแรม ยศปัญญา)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

### หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ทำที่.....

.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเดือนแรม ยศปัญญา

ที่อยู่ติดต่อ บ้านเลขที่ 195 หมู่ 4 ต.วังทอง อ.วังสมบูรณ์ จ.สระแก้ว 27250 โทรศัพท์ 081-1549910

ข้าพเจ้า ได้รับทราบ รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ ได้รับ คำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึง สมควรใจ เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลัง เข้าร่วมโครงการ ใช้เวลา 15 นาที รวมถึงการเข้ารับการฝึกอบรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 6 กิจกรรม ใช้เวลา กิจกรรมละ 60-120 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ โดยในการร่วม กิจกรรมแต่ละครั้งจะมีการบันทึกคำตอบและมีการแสดงความคิดเห็นในกระดาษใบงาน เมื่อเสร็จสิ้น การวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกเผาทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ เก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 , 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 **E-mail:**  
**eccu@chula.ac.th**

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
 ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานั่งสื่อแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวเดือนแรม ขศปัญญา)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

**ภาคผนวก จ**  
**ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย**

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 171/2555


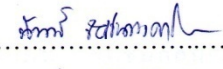
## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 130.1/55 : ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิต  
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเดือนแรม ชศปัญญา

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม..........ลงนาม..........  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักตนประดิษฐ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิ ชัยชนะวงศาโรจน์)  
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 7 ธันวาคม 2555

วันหมดอายุ : 6 ธันวาคม 2556

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบประเมิน



เลขที่โครงการวิจัย 130.1 / 55  
วันที่รับรอง - 7 S.A. 2555  
วันหมดอายุ - 6 S.A. 2556

## เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

**ภาคผนวก จ**  
**ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล**



ตารางที่ 9 ตารางแสดงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกรายคน

คนที่	คะแนนคุณภาพชีวิต			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1	76	109	73	73
2	78	105	72	77
3	86	108	79	78
4	68	94	64	64
5	77	103	63	66
6	86	102	92	91
7	82	101	70	70
8	85	107	74	74
9	89	113	95	97
10	85	108	86	84
11	92	106	83	80
12	94	108	74	73
13	91	110	73	74
14	83	105	84	83
15	94	110	87	86
16	89	106	79	79
17	74	99	70	70
18	93	114	97	98
19	90	105	102	102
20	81	103	95	93
21	83	103	82	81
22	83	102	89	90
23	97	106	93	93
24	101	112	93	92
25	75	102	74	75

ตารางที่ 10 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังทดลองแยก  
รายด้าน (กลุ่มทดลอง)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.ด้านร่างกาย	23.24	2.61	ปานกลาง	26.76	1.64	สูง
2.ด้านจิตใจ	21.44	2.36	ปานกลาง	26.00	1.50	สูง
3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	9.76	1.89	ปานกลาง	13.12	1.13	สูง
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	25.28	3.61	ปานกลาง	32.68	1.79	สูง
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม</b>	<b>85.44</b>	<b>7.75</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>105.64</b>	<b>4.54</b>	<b>สูง</b>

จากตารางที่ 10 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกก่อนการทดลองทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม และคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 4 ด้านและคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนคะแนนโดยรวมพบว่า ก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลางและหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 11 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังทดลองแยก  
รายด้าน (กลุ่มควบคุม)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.ด้านร่างกาย	21.32	3.49	ปานกลาง	21.16	3.41	ปานกลาง
2.ด้านจิตใจ	19.44	2.83	ปานกลาง	19.36	2.92	ปานกลาง
3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	9.88	1.71	ปานกลาง	9.88	1.56	ปานกลาง
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	25.20	3.59	ปานกลาง	25.40	3.50	ปานกลาง
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม</b>	<b>81.72</b>	<b>10.88</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>81.72</b>	<b>10.50</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตารางที่ 11 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม และคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 4 ด้านและคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

ตารางที่ 12 คะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก

คนที่	คะแนนความเข้มแข็งในการมองโลก	ระดับ
1	134	ปานกลาง
2	147	สูง
3	132	ปานกลาง
4	138	ปานกลาง
5	139	ปานกลาง
6	125	ปานกลาง
7	148	สูง
8	147	สูง
9	134	ปานกลาง
10	144	ปานกลาง
11	133	ปานกลาง
12	147	สูง
13	144	ปานกลาง
14	133	ปานกลาง
15	145	สูง
16	148	สูง
17	129	ปานกลาง
18	136	ปานกลาง
19	148	สูง
20	147	สูง
21	145	สูง
22	144	ปานกลาง
23	125	ปานกลาง
24	137	ปานกลาง
25	140	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 พบว่าทุกคนผ่านเกณฑ์การทดลองกล่าวคือคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64 และมีคะแนนอยู่ในระดับสูง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36

**ภาคผนวก ข**  
**ตารางการวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ**

ความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิต

ข้อคำถาม	Mean	Std. Deviation	N	Item-Total correlation
1.ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	3.83	.874	30	.0721
2.ค่าคะแนนทางลบการเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด	3.63	.615	30	.0367
3.ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงาน และการดำเนินชีวิตประจำวัน) มากน้อยเพียงใด	3.90	.759	30	.1791
4.ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด	3.13	1.074	30	.5105
5.ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	3.33	1.028	30	.5730
6.ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยเพียงใด	3.40	.770	30	.1259
7.ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองได้เพียงใด	4.60	.621	30	.6029
8.ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ มากน้อยเพียงใด	4.00	.587	30	.0579
9.ค่าคะแนนทางลบท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยเพียงใด	4.03	.669	30	.3864
10.ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยเพียงใดที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.43	.971	30	.4715
11.ค่าคะแนนทางลบท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อจะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.53	.629	30	-.0160

ข้อคำถาม	Mean	Std. Deviation	N	Item-Total correlation
12.ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงาน ได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด	3.53	1.008	30	.2704
13.ท่านพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่เคยผ่านมาเพียงใด	4.33	.711	30	.3928
14.ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจาก เพื่อน ๆ เพียงใด	4.07	.450	30	.4077
15.ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย เพียงใด ในแต่ละวัน	4.70	.466	30	.0806
16.ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ มากน้อยเพียงใด	3.63	.850	30	.6263
17.ท่านมีเงินใช้จ่ายตามความจำเป็น มากน้อย เพียงใด	2.63	.809	30	.4835
18.ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการ สาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	3.93	.944	30	.2681
19.ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละ วันมากน้อยเพียงใด	3.83	.747	30	.3394
20.ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมาก น้อยเพียงใด	3.60	.621	30	.2048
21.สภาพแวดล้อมรอบตัวท่านดีต่อสุขภาพของ ท่านมากน้อยเพียงใด	4.03	.556	30	-.0835
22.ท่านพอใจกับความสามารถในการเดินทาง ไปไหนมาไหนของท่าน(หมายถึงการ คมนาคม)มากน้อยเพียงใด	3.47	.900	30	.4853
23.ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตท่านมีความหมายมากน้อย เพียงใด	4.53	.507	30	.2981



ข้อคำถาม	Mean	Std. Deviation	N	Item-Total correlation
24.ท่านมีเวลาหรือโอกาสได้ทำกิจกรรมที่ท่านชอบมากนักน้อยเพียงใด เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ท่องเที่ยว เลี้ยงสัตว์ สวดมนต์ นั่งสมาธิ ฯลฯ	3.97	.809	30	.3739
25.ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านเพียงใด	3.07	.980	30	.6431
26.ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) ในระดับใด	3.33	.711	30	.8117

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.814	26

ความเที่ยงของแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

ข้อคำถาม	Mean	Std. Deviation	N	Item-Total correlation
1.เมื่อท่านพูดคุยกับบุคคลอื่น ท่านมีความรู้สึกบ้างหรือไม่ว่า คนอื่นไม่เข้าใจท่าน	5.93	1.048	30	.4853
2. ในอดีตที่ผ่านมา เมื่อท่านต้องการทำสิ่งใดก็ตามที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลอื่น ท่านมีความรู้สึกอย่างไร	4.17	2.151	30	.2109
3. นอกเหนือจากญาติหรือเพื่อนสนิทแล้ว ขอให้ท่านนึกถึงบุคคลที่ท่านติดต่ออยู่ในชีวิตประจำวันว่า ท่านรู้จักเขาเหล่านั้นมากน้อยเพียงใด	6.17	1.147	30	.7273
4. ท่านรู้สึกว่าคุณมักไม่ได้ใส่ใจกับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว บ่อยครั้งเพียงใด	4.07	2.132	30	.0627
5. ในช่วงที่ผ่านมา ท่านเคยรู้สึกแปลกใจกับพฤติกรรมของผู้ที่ท่านคิดว่า ท่านรู้จักเขาเป็นอย่างดีบ้างหรือไม่	4.07	2.288	30	-.3526
6. ท่านรู้สึกบ้างไหม ว่าคนที่ท่านไว้ใจ ทำให้ท่านต้องผิดหวัง	3.53	1.995	30	-.0800
7. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านเป็นอย่างไร	6.37	.809	30	.8536
8. จนถึงขณะนี้ท่านคิดว่า ชีวิตของท่านมีเป้าหมายหรือมีความมุ่งหวังที่ชัดเจน	3.17	1.913	30	.0346
9. ท่านรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับท่านนั้น ช่างไม่มีความยุติธรรมเลย	6.07	.828	30	.7599
10. ตลอดสิบปีที่ผ่านมา ท่านคิดว่าชีวิตของท่านไม่มีความมั่นคงเต็มไปด้วยการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถคาดเดาได้	6.07	1.143	30	.8640
11. ท่านคิดว่าสิ่งที่ท่านจะทำในอนาคต น่าจะเป็นอย่างไร	6.60	.724	30	.6861

ข้อคำถาม	Mean	Std. Deviation	N	Item-Total correlation
12. ท่านมีความรู้สึกที่ท่านอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและไม่ทราบว่าจะทำอะไร บ่อยเพียงใด	4.20	1.324	30	.2211
13. ท่านคิดว่า เมื่อคนเราต้องเผชิญปัญหาและความเจ็บปวดในชีวิต บุคคลจะสามารถหาวิธีแก้ปัญหาได้เสมอ	6.07	.868	30	.4125
14. เมื่อคิดถึงชีวิตของท่าน ความคิดหนึ่งที่มีมักจะเกิดขึ้นคือ “ช่างโชคดีเหลือเกินที่ฉันยังมีชีวิตอยู่ในโลกนี้”	6.30	.794	30	.8382
15. เมื่อท่านต้องเผชิญกับปัญหาที่ยากลำบาก ท่านมักเกิดความรู้สึกสับสนและคิดว่าเป็นการยากที่จะค้นพบแนวทางแก้ไข	5.67	.959	30	.7649
16. ท่านรู้สึกว่าคุณสมบัติที่ท่านกระทำอยู่ทุกวันนี้ เป็นสิ่งที่น่ายินดีและพอใจเป็นอย่างยิ่ง	6.23	1.104	30	.8259
17. ท่านคิดว่าชีวิตในอนาคตของท่านมีแต่การเปลี่ยนแปลงโดยที่ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นต่อไป	5.23	1.695	30	.6962
18. ในอดีตที่ผ่านมา มีบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจเกิดขึ้น ท่านมักจะเป็นทุกข์กับสิ่งที่เกิดขึ้นจนไม่เป็นอันทำอะไร	5.60	1.192	30	.6957
19. ท่านมักเกิดความรู้สึกสับสน ยุ่งเหยิงบ่อยครั้งเพียงใด	5.27	.980	30	.7483
20. เมื่อท่านได้ทำบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้ท่านเกิดความรู้สึกที่ดี ความรู้สึกที่ดีนั้นจะคงอยู่กับท่านเสมอ	6.43	.774	30	.8392
21. บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านเกิดความคิดว่า ไม่อยากให้ความรู้สึกที่กำลังเกิดขึ้นในใจเกิดขึ้นเลย	5.93	1.081	30	.7511

ข้อคำถาม	Mean	Std. Deviation	N	Item-Total correlation
22. ท่านคาดเดาว่าในอนาคตของท่านจะเป็นชีวิต ไม่มีคุณค่าและปราศจากเป้าหมายใดๆทั้งสิ้น	6.40	.770	30	.8725
23. ท่านคิดว่าในอนาคต หากท่านพบปัญหาและ อุปสรรคในชีวิต จะมีบุคคลที่อยู่เคียงข้างหรือ ช่วยเหลือท่านให้ผ่านอุปสรรคไปได้	3.27	2.149	30	.1249
24. บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านเกิดความรู้สึกว่า ไม่ แน่ใจว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับท่านอีก	5.40	1.499	30	.6348
25. คนเราถึงแม้ว่าจะเข้มแข็งหรือแข็งแกร่ง เพียงใดก็ตาม แต่ในบางสถานการณ์อาจเกิด ความรู้สึกว่าตนเองอ่อนแอหรือเป็นผู้แพ้ขึ้นได้ ในชีวิตที่ผ่านมาท่านเคยรู้สึกเช่นนี้บ่อยครั้ง เพียงใด	3.83	1.464	30	-.3954
26. เมื่อมีบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้น ท่านมักจะให้ ความสำคัญกับสิ่งนั้นมากหรือน้อยกว่าความเป็น จริงเสมอ	3.20	1.937	30	-.1575
27. เมื่อท่านคิดถึงความลำบากที่อาจจะต้องเผชิญ ในส่วนสำคัญของชีวิต ท่านมีความรู้สึกที่ท่าน จะประสบความสำเร็จในการเอาชนะอุปสรรค นั้นได้หรือไม่	5.97	1.377	30	.8087
28. ท่านมีความรู้สึกว่าคุณที่กระทำอยู่ในทุก วันนี้ ไม่ค่อยมีความหมายบ่อยเพียงใด	5.90	1.155	30	.6995
29. ท่านมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่า ท่านจะควบคุม สถานการณ์ต่างๆในชีวิต ได้บ่อยแค่ไหน	6.00	.947	30	.5728

#### Reliability

Cronbach's Alpha	N of Items
.831	29

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว เดือนแรม ชศปัญญา เกิดเมื่อวันที่ 28 เมษายน 2526 ที่จังหวัดสระแก้ว สำเร็จการศึกษา หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี เมื่อปีการศึกษา 2547 และสำเร็จการศึกษาการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี เมื่อปีการศึกษา 2552 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (นอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราชันย์ ตำบลไทยอุดม อำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว