

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
ต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน



นางจรัสพร หอมจันทร์ดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT EMPHASIZING COMMUNITY PARTICIPATION PROGRAM
ON BURDEN OF COMMUNITY SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS

Mrs. Jarasporn Homjandee



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

จรัสพร หอมจันทร์ดี : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน (THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT EMPHASIZING COMMUNITY PARTICIPATION PROGRAM ON BURDEN OF COMMUNITY SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 208 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 2) ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ จำนวน 40 คนได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน 2) ทีมชุมชนซึ่งเข้าร่วมในกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติที่

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777304636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SOCIAL SUPPORT EMPHASIZING COMMUNITY PARTICIPATION PROGRAM / BURDEN / CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

JARASPORN HOMJANDEE: THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT EMPHASIZING COMMUNITY PARTICIPATION PROGRAM ON BURDEN OF COMMUNITY SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS. ADVISOR: ASST. PROF. PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 208 pp.

The purposes of this quasi experimental research were to compare: 1) the burden of schizophrenic patients' caregivers before and after received the social support emphasizing community participation program, and 2) the burden of schizophrenic patients' caregivers who received the program and those who received regular nursing care. Research samples consisted of: 1) 40 caregivers of schizophrenic patients living in the community, who met the inclusion criteria. The caregivers were matched pair and then randomly assigned into experimental group and control group, 20 subjects in each group. 2) The community team who involved in the experimental group. Research instruments were: 1) The social support emphasizing community participation program, and 2) The caregiver burden scale. All instruments were tested for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2nd instrument was reported by Chronbach's Alpha coefficient as .89. Data were analyzed using mean, standard deviation and t-test.

Major findings were as follows :

1) the burden of schizophrenic patients' caregivers after received the program was significantly lower than that before, at the .05 level;

2) the burden of schizophrenic patients' caregivers who received the program were significantly lower than those who received regular nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา ส่งเสริมและให้กำลังใจ เป็นทั้งแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นและอุตสาหพยายาม ทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชาธิ์กร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจ ให้ข้อคิด คำแนะนำ ที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจ ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาจนได้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาที่สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอบ้านโป่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกรับใหญ่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกลางดำน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบ้านโป่ง ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ในเรื่อง การศึกษาเล่าเรียน อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและศึกษาการใช้เครื่องมือ ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา ส่งเสริมและให้กำลังใจ และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ทุกท่าน

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิดให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือ มอบความรัก ความเข้าใจ และความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตร พี่ๆและเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุนประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ร่วมทีมชุมชนทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	8
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย	13
ขอบเขตการวิจัย.....	13
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	14
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	17
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	18
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	20
2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	34
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	44
4. ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	49
5. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	58
6. การมีส่วนร่วมของทีมสนับสนุนจากชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน	64
7. การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	69

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	75
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	82
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	82
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	84
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	84
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	86
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	86
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	97
การดำเนินการทดลอง	104
การกำกับกับการทดลอง.....	123
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	126
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	127
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	136
สรุปผลการวิจัย.....	144
อภิปรายผลการวิจัย.....	144
ข้อเสนอแนะ	153
ข้อเสนอแนะทั่วไป	154
รายการอ้างอิง	156
ภาคผนวก.....	166
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	167
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา	169
ภาคผนวก ค ตารางวิเคราะห์ข้อมูล	171
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	174

ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	198
ภาคผนวก ฉ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย.....	204
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	208



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched – pair) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	107
ตารางที่ 2 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกรับใหญ่.....	110
ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (n=20).....	124
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ ความเพียงพอของ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (n=40).....	128
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตาม ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (n=40)	129
ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง.....	130
ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง	132
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (n=20).....	134
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการ ทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40).....	135

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญ และพบบ่อยที่สุดในจำนวนโรคทางจิตทั้งหมด (Buchanan and Carpenter, 2005) จัดเป็นโรคจิตเวชที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก ได้มีการศึกษาพบว่าโรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่มีความรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถมากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวชทั้งหมด (Phanthunane et al., 2010) จากความแปรปรวนของการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติของความคิด การรับรู้ รวมทั้งการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และมีอัตราการกำเริบสูง (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552; มาโนช หล่อตระกูล, 2555; Awad and Voruganti, 2008; Durmaz and Okanli, 2014)

จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (WHO, 2011) จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่าอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทประมาณ 3 ใน 10,000 คน (WHO, 2013) ในประเทศไทยพบผู้ป่วยจิตเภทเป็นลำดับที่หนึ่ง ในจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่มารับบริการของหน่วยงานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2555-2557 มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 36.12, 35.01 และ 38.67 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2558) และมีการศึกษาพบว่าประชากรไทยมีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของการเกิดโรคจิตเภทประมาณ 4 ราย ต่อประชากร 1,000 ราย อุบัติการณ์ของโรคมีค่าประมาณ 15.2 ต่อ 100,000 คน ต่อปี (ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2552) สอดคล้องกับสถานการณ์โรคทางจิตเวชแผนกจิตเวช ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านโป่ง ในปีงบประมาณ 2558 พบผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นอันดับ 1 ในจำนวนผู้ป่วยโรคทางจิตเวช 650 ราย มีผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 520 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 (แผนกจิตเวช ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง, 2558)

นโยบายกรมสุขภาพจิตในปัจจุบันสนับสนุนให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย และให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในทุกกลุ่มวัย ทั้งในสภาวะปกติ และสภาวะวิกฤต (นโยบายกรมสุขภาพจิตประจำปี 2561-2564) มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางในการให้บริการในโรงพยาบาลเป็นการบริการในชุมชนมากขึ้น ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และมีการศึกษา

ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยจะอาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 90 (Ganguly et al., 2010) ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุขให้การดูแลช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับยาตามแผนการรักษา การรับประทาน อาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย และการกำหนดกิจกรรมให้ช่วยเหลืองานเล็กๆ น้อยๆ ภายในบ้าน (สุนีย์ แสงดาว, 2554; วันทนีย์ ล้าเลิศ, 2559) เป้าระวางอันตรายต่างๆ จากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ตลอดจนพฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ของผู้ป่วย รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือด้านการเงินเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ (Igberase et al., 2010) แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น แต่ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทุกๆ 1 ราย ใน 10 ราย ยังคงมีอาการเหลืออยู่อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการดำเนินโรค (ธวัชชัย ลีพหานาจ, 2552) ซึ่งพบว่าร้อยละ 90 จะมีความบกพร่องด้านกระบวนการคิด (Keefe et al., 2004; Kurtz et al., 2008) ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจึงมีปัญหาค่าสูญเสียบางความสามารถในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ ผู้ป่วยบางรายยังมีกลุ่มอาการด้านบวกหรือกลุ่มอาการด้านลบอยู่แม้ว่าจะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม (ธวัชชัย ลีพหานาจ, 2552; , มาโนช หล่อตระกูล, 2555; Chien, Chan, and Morrissey, 2007; Awad, and Voruganti, 2008)

การศึกษาปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทจากการดูแลในชุมชน ตัวอย่างงานวิจัยของ Durmaz and Okanli (2014) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 33.9 พฤติกรรมผิดปกติ ร้อยละ 32.3 มีปัญหาในการสื่อสาร ร้อยละ 16.1 ปฏิเสธการรักษา ร้อยละ 12.9 ไม่เชื่อฟังผู้ดูแล ร้อยละ 4.8 และผู้ป่วยไม่มีอาชีพร้อยละ 46.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ วันทนีย์ ล้าเลิศ (2558) ที่พบปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทจากการดูแลในชุมชนได้แก่ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่รวมมือในการรับประทานยา พฤติกรรมนอนผิดปกติ นอนไม่หลับเดินไปเดินมา ก้าวร้าว ไม่ช่วยงานบ้าน ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บางรายยังคงมีอาการทางบวกหรือพฤติกรรมทางลบอยู่ พฤติกรรมการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความอดทนต่อการกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี และขาดทักษะในการแก้ปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ (มาโนช หล่อตระกูล, 2555; ชัญชฎา คมขำและรัชนิกร เกิดโชค, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมักจะเลือกใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสมเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การใช้สารเสพติดประเภทต่างๆ การแยกตัวจากสังคม การโทษคนอื่น ก้าวร้าวและทำร้ายตนเอง (Vasile et al,

2008) ซึ่งด้วยภาระงานที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย ประกอบกับหน้าที่การงานและบทบาทอื่น ๆ ที่มีอยู่เดิมของผู้ดูแล มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิดและเกิดภาวะซึมเศร้า รวมทั้งมีเวลาให้กับบทบาทที่ควรจะได้รับผิดชอบต่อชีวิตตนเองน้อยลง ทำให้รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Awad and Voruganti, 2008; Montgomery, 1985; Yikikan et al, 2014) การรับรู้ถึงการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นภาระสร้างความเบื่อหน่ายให้กับผู้ดูแลไม่มีใครต้องการจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และหากจะต้องกลับไปรักษาซ้ำ ผู้ดูแลเหล่านี้ก็จะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ถึงภาระในการดูแล ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว จะเกิดความรู้สึกยุ่งยากหรือเครียดในการดูแล เบื่อหน่ายและขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (Eakes, 1995; Thompson et al., 1993; Chien, 2008)

ภาระการดูแล (Caregiver burden) หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับ ความรู้สึกที่แสดงถึงความเครียด ความรู้สึกยากลำบาก ความหนักใจ ความเดือดร้อน ความกดดัน ซึ่งเป็นผลมาจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล โดยแบ่งภาระการดูแลเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ความรู้สึกเป็นทุกข์ ความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน เป็นความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวและความเป็นอิสระลดลง การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง ความเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การงาน เกิดปัญหาสุขภาพ (Montgomery et al., 1985)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนพบการศึกษาทั้ง 2 มิติ คือ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจะมีการรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระดับสูง เช่นการศึกษาของ Magliano et al. (1998) ที่พบว่า ภาระผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีภาระเชิงอัตนัยระดับสูงร้อยละ 47 และ ภาระเชิงปรนัยระดับสูงร้อยละ 56 สอดคล้องกับการศึกษาของ Yasuf, Nuhu and Akinbiyi (2009) ได้ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไนจีเรียพบว่า ร้อยละ

47.3 มีการรับรู้ภาวะการดูแลในระดับสูง จากการศึกษาของ Provencher (1996) พบว่าภาวะของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ปัญหาด้านอารมณ์ร้อยละ 88 ครอบคลุมการทำงาน ร้อยละ 84 สัมพันธภาพในครอบครัวที่ตึงเครียด ร้อยละ 84 การครอบคลุมชีวิตทั่วไป ร้อยละ 83 มีปัญหาด้านการเงินร้อยละ 56 สอดคล้องกับการศึกษาของ Magliano et al. (2005) ที่ศึกษาเรื่อง ภาวะครอบครัวปัญหาระยะยาว พบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 83 มีความรู้สึกสูญเสีย ร้อยละ 62 มีความยากลำบากในการพักผ่อน ร้อยละ 47 ต้องละทิ้งการทำงานอดิเรก ร้อยละ 45 มีความยากลำบากในการหาความบันเทิงความเพลิดเพลินที่บ้าน ร้อยละ 31 และการศึกษาของ Igberase et al.(2010) ศึกษาภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเทศไนจีเรีย พบว่า ผู้ดูแลมีความอับอายเนื่องเพื่อน/เพื่อนบ้านรู้ว่ามีความผิดปกติป่วยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 52 มีภาวะด้านการเงิน ร้อยละ 52.5 มีความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 24 และภาวะของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.5 ในประเทศไทยจากการศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 30 คน พบว่า คะแนนการรับรู้ภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.33 ระดับมาก ร้อยละ 13.33 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา สุขทอง และคณะ (2555) เรื่องผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 32 คน พบว่ามีคะแนนการรับรู้ภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.25 ระดับมาก ร้อยละ 21.88

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (Doombos, 2002) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (รจนา ปุณโณทก,2550) รายได้ของของครอบครัว (Orem,1985; Montgomery et al.,1985) อายุของผู้ดูแล (Lefley, 1987; Cook et al., 1994) จำนวนสมาชิกในครอบครัว (Thompson and Doll, 1982) ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท (Montgomery, stull and Borgatta, 1985) และการสนับสนุนทางสังคม (Crotty and Kuly, 1986; ทิปประพิน สุขเขียว , 2543; Joganathan et al.,2014; เขมณัญญ์ ศรีพรหมภัทร และคณะ, 2558) และปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ พฤติกรรมของผู้ป่วย (Awad and Voruganti, 2008) และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Thompson and Doll, 1982)

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะของผู้ดูแล ครอบครัวที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาวะในการดูแล จะเห็นได้จากการศึกษาของ

เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ (2547) ที่พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกอับอายไม่อยากให้เพื่อนบ้านทราบว่ามีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในครอบครัว ไม่อยากให้บุคคลอื่นถามถึงหรือพูดถึง จึงพยายามหลีกเลี่ยงจากบุคคลอื่น ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ดูแลลดลง เมื่อผู้ดูแลสามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือได้ จะสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆได้ และจากการศึกษาของแก้วตา มีศรี และเพ็ญภาแดงด้อมยุทธ์ (2555) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า การรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกันและกันมีความใกล้ชิดผูกพันทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง รับรู้และคาดหวังว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ช่วยให้สามารถปรับตัวต่อความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะรับรู้ภาวะการดูแลในระดับต่ำ (ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) ดังนั้นปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจึงสามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีที่สุด (Chien, Chan and Morrissey ,2007)

การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิด House (1985) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ (House, 1985) ในที่นี้คือการมีสุขภาพดี การสนับสนุนทางสังคม อาจได้รับจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น การสนับสนุนจำแนกออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ไว้วางใจ เอาใจใส่ดูแล รู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจแสดงความห่วงใย สอบถามรับฟังความรู้สึก 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) เป็นการประเมินศักยภาพตนเอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ในสังคมเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยฝึกทักษะในการแก้ปัญหา รู้จักนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำ ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน ให้ความแรงงาน

การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังได้รับการสนับสนุน ข้อมูลความรู้ และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพน้อย และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ (Magliano et al.,2005) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ รวมถึงการช่วยเหลือจากสังคมเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะฉุกเฉินต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ (Magliano et al.,2006) การช่วยเหลือผู้ดูแลให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน จะสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัยได้ (Chou, et al.,2002) ดังเช่นงานวิจัยของ สุณีย์ แสงดาว และคณะ (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภตก่อนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เพราะกระบวนการของกลุ่มช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่มได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอจนส่งผลให้การรับรู้ภาระเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยลดลงได้ (Chien and Norman, 2009; yeh et al.,2008)

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถลดภาระของผู้ดูแลได้ การพยาบาลจึงควรจัดกระทำเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม และการที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในชุมชน นอกจากครอบครัวที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย สมาชิกของชุมชนก็มีความสำคัญต่อผู้ป่วยเช่นกัน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจึงควรมีกิจกรรมที่ดำเนินการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน ซึ่งเป็นรูปแบบกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ผู้ดูแลและสมาชิกในชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแล และฟื้นฟูให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถช่วยเหลือตัวเองตามศักยภาพ เข้าถึงแหล่งสนับสนุนของชุมชน ทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง (มนตรี จันทา และคณะ,2554) นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแลและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้สามารถช่วยเหลือตัวเองตามศักยภาพ ผู้ดูแลและชุมชนมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแล

ผู้ป่วยลดลง สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาขาดยา ปัญหาการกลับเป็นซ้ำ ปัญหาการทอดทิ้งผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ (เปรมฤดี ดำรงค์ และคณะ,2557)

การมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิด Cohen and Uphoff (1981) หมายถึง สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมทั้งในลักษณะบุคคล และกลุ่ม มีองค์กรหลัก คือรัฐบาล ประชาชน และชุมชน ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นการผสมผสาน และเป็นหน้าที่ในการดูแลของทีมชุมชน ที่ไม่ได้เป็นการเพิ่มภาระการทำงาน เนื่องจากบทบาทของทีมชุมชนมีหน้าเป็นส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต วางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพและรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังเป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ให้กับผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุข,2554)

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่ามีจัดกระทำเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแล อาทิ การใช้โปรแกรมบำบัดครอบครัว โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแล โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแล โปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ซึ่งพบว่าการเข้าร่วมตามกิจกรรมดังกล่าวสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ ซึ่งแม้จะพบว่าการศึกษาของ สุณีย์ แสงดาว, เพ็ญพักตร์ อุทิศและรัชนิกร เกิดโชค (2555) เรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) แต่ยังไม่พบการศึกษาที่มีการนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของทีมชุมชนตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981) มาใช้ร่วมกัน การส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างจริงจังและจริงใจ โดยตกลงใจร่วมกัน พิจารณาแก้ปัญหาหรือการร่วมรับผิดชอบในสังคม ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความสุข ความพึงพอใจร่วมกันในรูปแบบชุมชนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง เป็นการช่วยลดปัญหาการกลับป่วยซ้ำ

ช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถอาศัยอยู่ในสังคมได้ ลดภาระการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเป็นการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน (นาฏยา คงวัดใหม่, 2549; เปรมฤดี คำรักษ์และคณะ, 2557)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชน จึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดภาระการดูแลและตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและทีมชุมชนได้ร่วมกันหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยการร่วมกันแก้ไขปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างเหมาะสม

คำถามการวิจัย

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรคจิตเภท เป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง มีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและมีอัตราการกำเริบสูง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะทุพพลภาพในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (Harvey and Strassing, 2012) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ด้วยภาระงานที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย และบทบาทอื่น ๆ ที่มีอยู่เดิมของผู้ดูแล รวมทั้งมีเวลาให้กับบทบาทที่ควรจะได้รับผิดชอบต่อชีวิตตนเองน้อยลง มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิด

ความเครียด ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิดและเกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Awad and Voruganti, 2008; Montgomery, 1985; Yikikan et al, 2014) การรับรู้ถึงภาระในการดูแล ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว จะเกิดความรู้สึกยุ่งยากหรือเครียดในการดูแล เปื่อหน่าย และขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (Eakes,1995;Thompson et al.,1993; Chien, 2008) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแล เป็นแหล่งประโยชน์ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆได้ ซึ่งการรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกันมีความใกล้ชิดผูกพันทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นคง รับรู้และคาดหวังว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม นอกจากนี้การส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างจริงจังและจริงจัง โดยตกลงใจร่วมกัน พิจารณาแก้ปัญหาหรือการร่วมรับผิดชอบในสังคม ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับความสุข ความพึงพอใจร่วมกันในรูปแบบชุมชนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดปัญหาการกลับป่วยซ้ำ ช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถอาศัยในสังคมได้ ลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเป็นการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน (นาฎยา คงวัดใหม่,2549; เปรมฤดี คำรักษ์ และคณะ,2557)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนขึ้น จากการนำแนวคิด ของ House (1985) ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ร่วมกับการนำกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิด Cohen and Uphoff (1981) ในการมีส่วนร่วม 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยผสมผสานเข้าไปในแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้ง 4 มิติ ในทุกกิจกรรม ทำให้กิจกรรมในโปรแกรมสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาและลดภาระที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชน ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจ และมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น มีทรัพยากรที่จะสามารถดึงเข้ามาใช้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมากขึ้น มีแนวทางในการปฏิบัติต่อ

ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความเครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ลดลง และทำให้การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง ดำเนินการเป็นรายกลุ่มประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและทีมชุมชน ดำเนินการด้วย 4 กิจกรรมใช้เวลา 4 สัปดาห์ๆละ 1 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรม ครั้งละ 90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตน การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นแนวความคิดสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) ตามแนวคิดของ House (1985) โดยผู้ดูแลสามารถรับรู้และประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดจากการดูแล โดยให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนวิธีการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ของตนเอง ต่อสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981) ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ โดยผู้วิจัยกล่าวนำให้สมาชิกในกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สมาชิกกลุ่มร่วมกันตัดสินใจประเมินค่าวิธีการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ดูแลแต่ละคน ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้ในเรื่องการประเมินค่าสถานการณ์ ในชีวิตประจำวันทุกคนจะมีความเครียดเกิดขึ้นต่อตนเอง จะรุนแรงหรือไม่ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ การเกิดความเครียดในระดับต่ำในระยะสั้นๆ จะทำให้มีการตื่นตัว มีความกระตือรือร้นในการทำงาน ถ้ามีความเครียดระดับสูงในระยะยาวไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลเสียต่อตนเอง ครอบครัวและการงานได้ วิธีจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพด้วยวิธีลดความเครียดด้วยเทคนิคการคิดบวก หลังจากนั้นนำสมาชิกกลุ่มให้ร่วมกันตัดสินใจร่วมมือกันเพื่อช่วยเหลือแก้ปัญหาให้กับผู้ดูแลในประเด็นปัญหาที่เมื่อลงมือปฏิบัติแล้วได้รับประโยชน์ทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยและชุมชน มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน มีเป้าหมายร่วมกันคือการช่วยเหลือผู้ดูแลดูแลผู้ป่วย ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมนี้ด้วยกำหนดมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบเป็นเครือข่ายทั้ง 3 องค์กร เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ มีทักษะในการดูแล มีความมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และยังทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะทั้งด้านอัตนัยและด้านปรนัยลดลง (Lazarus and Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมทัศนคติที่ดีเกิดความคิดเชิงบวกต่อบทบาทผู้ดูแล เป็นกิจกรรมที่ให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional Support)) ตามแนวคิดของ House (1985) โดยผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน

ตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981) ทั้ง 4 มิติ โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล สนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้สึกต่อผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภท ความรู้สึกและการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท บทบาทของญาติและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี การที่ญาติและชุมชนยอมรับ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นสิ่งจำเป็น (มนตรี จันทา และคณะ, 2554) ปรับทัศนคติสมาชิกกลุ่มเพื่อให้เกิดความรู้สึกเห็นใจ แสดงความเข้าใจผู้ดูแล สมาชิกกลุ่มร่วมมือกันตัดสินใจวางแผนการช่วยเหลือผู้ดูแล เพื่อประคับประคองด้านจิตใจผู้ดูแล ซึ่งการยกย่องการเห็นคุณค่า ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และการรับฟังจากสมาชิกในกลุ่ม เป็นปฏิสัมพันธ์ที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ ส่งผลให้การรับรู้ลดภาวะเชิงอัตนัยลดลงได้ (Elliot, 1998; Grandón, 2008) ผู้วิจัยฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดให้กับสมาชิกกลุ่ม เป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การรับรู้ว่าตนเองกำลังเครียด และหาทางผ่อนคลายความเครียด ด้วยการฝึกให้สมาชิกจัดการกับปัญหาทางอารมณ์และใช้วิธีคลายเครียด ผู้ดูแลสามารถเลือกใช้วิธีคลายเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะเชิงอัตนัยลดลง (Montgomery et al., 1985) เมื่อให้ข้อมูลต่างๆแล้ว ผู้วิจัยสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันหาแนวทางการช่วยเหลือที่เกิดประโยชน์ร่วมกันทั้งผู้ดูแลและชุมชน ประเมินผลได้จากการมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบเป็นระบบเครือข่าย ส่วนการเลือกใช้วิธีคลายเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพของสมาชิกแต่ละคน ประเมินจากการนำไปใช้จริง และนำมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มในกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันและที่มีความจำเป็นในเรื่องโรคจิตเภท เป็นแนวคิดการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ของ House (1985) โดยผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกัน และใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981) ทั้ง 4 มิติ ด้วยให้ผู้ดูแลการแลกเปลี่ยนความเข้าใจเรื่องความรู้โรคจิตเภท ปัญหาจากการควบคุมอาการของผู้ป่วย ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยา รักษาโรคจิต และวิธีการดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้นของตนเอง สนับสนุนสมาชิกกลุ่มร่วมตัดสินใจสรุปประเด็นปัญหาด้านข้อมูล ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การเจ็บป่วยทางจิตที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน สมาชิกกลุ่มร่วมกันตัดสินใจวางแผนปฏิบัติการโดยวิเคราะห์ผลประโยชน์ที่จะได้รับให้เป็นส่วนรวม มอบหมายหน้าที่เป็นระบบเครือข่ายเพื่อช่องทางในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น การเข้ามามีส่วน

ร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย เป็นการช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ผู้ป่วยก็สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพ เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดน้อยลง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะเชิงอัตนัยลดลง (จิราพร รักการ, 2549; Marsh and Johnson, 1997; Magliano and Fiorillo, 2007) สมาชิกกลุ่มวางแผนประเมินผลโดยให้ปฏิบัติจริงด้วยวิธีการสื่อสารแบบระบบเครือข่ายจากกิจกรรมที่กลุ่มร่วมกันกำหนดเพื่อรับข้อมูลข่าวสารและนำมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มในกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 การให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีในชุมชน เป็นแนวทางการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ของ House (1985) โดยผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981) ทั้ง 4 มิติ ด้วยการสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มร่วมรับรู้และร่วมตัดสินใจประเมินปัญหาด้านความต้องการทรัพยากร เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆที่ได้รับ ผู้วิจัยเพิ่มเติมข้อมูลแหล่งทรัพยากรในชุมชนนอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่ม แนะนำวิธีการขอรับความช่วยเหลือ และใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรนั้นๆ สนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันตัดสินใจจัดการข้อมูลแหล่งทรัพยากรที่ได้รับรู้ โดยเลือกกิจกรรมและกำหนดแหล่งทรัพยากรในชุมชนในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในรูปแบบต่างๆ เช่น เงิน แรงงาน เวลา สิ่งของ ที่วิเคราะห์แล้วได้ประโยชน์จากการลงมือปฏิบัติจริง สมาชิกกลุ่มร่วมมือกัน จัดทำแผนการดูแลที่สามารถเกิดขึ้นได้จริงในชุมชน เช่น การสนับสนุนด้านอาชีพ ชมรมต่างๆ วางแผนการประเมินผลจากผลลัพธ์ของการมีส่วนร่วมหลังสิ้นสุดกิจกรรม ได้แผนการดูแลอย่างน้อย 1 แผนงาน เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลทั้งภาระด้านปรณัยและด้านอัตนัย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ มีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt and Weinert,1985) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Thompson et al., 1993; ทีปประพิณ สุขเขียว ,2543)

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเน้นการสนับสนุนทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่ำกว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีรูปแบบการวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน มีขอบเขตของการวิจัยดังนี้

- 1) ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง และทีมชุมชน เขตสุขภาพที่ 5
- 2) กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัย คือ 1. ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นจิตเภท ตาม ICD10 ในชุมชนเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เลือกแบบเฉพาะเจาะจง และ 2. ทีมชุมชน จำนวน 1 ทีม ประกอบด้วย 2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) 2.2 ประธาน/รองประธาน หรือตัวแทนคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น 2.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3) ตัวแปรที่ใช้ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

ตัวแปรตาม คือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาระการดูแล (Caregiver burden) หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเดือดร้อน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตและความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยภาระการดูแล 2 ประเภท ได้แก่

1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ความรู้สึกเป็นทุกข์ ความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย อาการทางจิตที่อาจเกิดขึ้น

2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวและความเป็นอิสระลดลง การร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง ความเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การงาน เกิดปัญหาสุขภาพ

สามารถประเมินได้จากแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ปรับปรุงโดยบุบผา ธนิกกุล (2554)

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามโปรแกรมที่วิจัยได้พัฒนาตามแนวคิด ของ House (1985) ซึ่งมีเนื้อหาส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร และผสมผสานนำการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิด Cohen and Uphoff (1981) ใน 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบริบทของชุมชน ประกอบด้วย ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม รวม 4 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา ครั้งละ 90 นาที โดยดำเนินกิจกรรมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและทีมชุมชน เป็นรายกลุ่มดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) หมายถึง การส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ประเมินตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของตน การเผชิญความเครียดอย่างมี

ประสิทธิภาพ เรียนรู้การอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยอย่างมีความสุข ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของ ทีมชุมชนโดยให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ได้ประเมินค่าและตระหนักถึงศักยภาพของตน โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ปัญหาที่ต้องมีผู้ป่วยอยู่ใน ความรับผิดชอบ วิธีการแก้ไขปัญหาของตนเอง เชื่อมโยงให้เห็นว่าปัญหาการจากการดูแล ก่อให้เกิดความเครียดทั้งผู้ดูแลและทีมชุมชนอย่างไร สร้างแรงจูงใจในการร่วมมือดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ เห็นประโยชน์ร่วมกัน ร่วมตัดสินใจวางแผนการดูแลและช่วยเหลือผู้ดูแล มีการมอบหมายหน้าที่เพื่อ การลงมือปฏิบัติการ และวางแผนติดตามประเมินผล

กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การ ส่งเสริมทัศนคติที่ดีเกิดความคิดเชิงบวกต่อบทบาทผู้ดูแล พัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของ ทีมชุมชน ผู้ดูแลและทีมชุมชนได้มีส่วนร่วมกันสำรวจสภาพปัญหาและ จัดการกับปัญหาด้านอารมณ์ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ส่งเสริมให้กลุ่มเกิดพลังความเห็นใจ เข้าใจผู้ดูแลผลักดันให้เกิดพลังความช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจผู้ดูแล สมาชิกกลุ่มร่วม วิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับการลงมือปฏิบัติจริง การมอบหมายหน้าที่แก่ทีมชุมชน และ เสริมทักษะการดูแลตนเอง โดยเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่สามารถนำมาปฏิบัติได้เอง ประเมินผลโดยติดตามผลจากการนำแผนปฏิบัติการและทักษะการผ่อนคลายความเครียดไปใช้

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) หมายถึงการให้ ความรู้ที่เป็นปัจจุบันและที่มีความจำเป็นในเรื่องโรคจิตเภท ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของ ทีมชุมชน โดยผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความเข้าใจของตนเองในความรู้เรื่องโรคจิตเภท ปัญหาจากอาการของผู้ป่วย อาการเตือน ลักษณะอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้นของตนเอง ให้ความรู้เรื่อง การเจ็บป่วยทางจิตที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน ผู้ดูแลและทีมชุมชนร่วมตัดสินใจเลือก ประเด็นปัญหาด้านข้อมูล วางแผนปฏิบัติการวิเคราะห์ผลประโยชน์ที่จะได้รับ และมอบหมายหน้าที่ แก่ทีม ติดตามประเมินผลโดยการบ้านทดลองปฏิบัติจริงด้วยวิธีการรับข้อมูลจากช่องทางที่กลุ่ม ร่วมกันกำหนด

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)) หมายถึง การให้ เข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของ ทีมชุมชนให้สมาชิกได้รับรู้ และ ประเมินปัญหาด้านความต้องการทรัพยากร แลกเปลี่ยนข้อมูลแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆที่ได้รับ ส่งเสริมให้รับรู้ถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน ที่สามารถใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

วิธีการขอรับความช่วยเหลือ ร่วมกันตัดสินใจเลือกกิจกรรม และกำหนดแหล่งทรัพยากรในชุมชนในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในรูปแบบต่างๆ ร่วมวิเคราะห์ผลประโยชน์ที่จะได้จากการลงมือปฏิบัติจริง มอบหมายหน้าที่แก่ทีมในการลงมือปฏิบัติการ ประเมินผลระยะสั้น จากผลลัพธ์การมีส่วนร่วมจนเกิดเป็นแผนการดูแลและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหลาน หรือญาติของผู้ป่วยจิตเภท ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลใดๆ และเป็นผู้ที่มีค่าคะแนนการรับรู้ภาวะการดูแลตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป (ค่าคะแนนตั้งแต่ 2.5 ขึ้นไป)

ทีมชุมชน หมายถึงบุคลากรทางสุขภาพจำนวน 3 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมอย่างต่อเนื่องมีบทบาทหน้าที่ โดยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ให้การสนับสนุนกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ดูแลทุกด้าน ตามบริบทของชุมชน ให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชนหรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ดังนี้

- 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน จำนวน 1 คน
- 2) ประธาน/รองประธาน หรือตัวแทนคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นระดับเทศบาลตำบล มีหน้าที่บริหารจัดการกองทุน จำนวน 1 คน
- และ 3) พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในชุมชน จำนวน 1 คน

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD -10) (F20-F29) มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลต่างๆที่พยาบาลวิชาชีพ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบ้านโป่ง จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การให้ความรู้เรื่อง

โรคจิตเภทและการแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน ประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วย และครอบครัว ให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับอาการเตือน อาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช วิธีการคลายเครียด รวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสิทธิภาพที่ใช้เป็นแนวทางในการลดภาระการ

ดูแลให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. ได้แนวทางในการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลที่เน้นการสนับสนุนทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยให้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลง ส่งผลให้สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาขาดยา ปัญหาการกลับเป็นซ้ำ ปัญหาการทอดทิ้งผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษา โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า จากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ได้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคลักษณะอาการทางคลินิก
- 1.3 ชนิดของโรคจิตเภท และการดำเนินโรค
- 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 2.1 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.2 ปัญหาและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 3.1 แนวคิดการดูแลในครอบครัว
- 3.2 ความหมายของผู้ดูแล
- 3.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.4 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4. ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 4.1 ความหมายของภาวะในการดูแล
- 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะในการดูแล
- 4.3 การประเมินภาวะในการดูแล
- 4.4 บทบาทของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในการลดภาวะการดูแลของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

5. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 5.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
- 5.2 ระดับของการสนับสนุนทางสังคม
- 5.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม
- 5.4 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม
- 5.5 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม
- 5.6 การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

6. การมีส่วนร่วมของทีมสนับสนุนจากชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

- 6.1 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 6.2 บทบาทของทีมชุมชน
- 6.3 การมีส่วนร่วมของทีมชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

7. การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายความหมายของโรคจิตเภท

มีผู้ให้ความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ไว้หลายทัศนคติ จากการศึกษาอุบัติการณ์พบว่า โรคจิตเภท พบได้ประมาณร้อยละ 0.9 ของประชากรทั่วไป พบในคนทุกเชื้อชาติในอัตราที่ใกล้เคียงกัน ประมาณร้อยละ 50-80 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช เกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และพบได้มากในครอบครัวที่มีฐานะยากจนโรคนี้เกิดในผู้ที่มีอายุ ระหว่าง 15-34 ปี ในสหรัฐอเมริกาพบว่าในชาวผิวดำมากกว่าผิวขาว และมีอัตราการป่วยซ้ำสูง

World Health Organization (1992) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเขว้าวปัญญา มักติดอยู่ แม้จะมีการสูญเสียของการรู้คิด (Cognition) บ้าง เมื่อเจ็บป่วยนานๆ และกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 1 เดือน

พิเชษฐ อุตมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์ (2552) ให้ความหมายว่า โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งทางด้านการรู้คิด (Cognition) อารมณ์ ประสาทสัมผัสและพฤติกรรม โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ให้ความหมายว่า โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย หรือโรคของสมอง

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) ให้ความหมายว่า โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่ความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และการสังคมปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป คือ มีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ บางคนมีอาการประสาทหลอน เช่น ได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน ได้เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น

มาโนช หล่อตระกูล (2555) ให้ความหมายว่า สภาวะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง (out of reality) แสดงออกโดยลักษณะต่างๆอย่างหนึ่งอย่างใดได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผ่านการสนทนา และมีพฤติกรรมที่ผิดปกติเมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ

สมภพ เรืองตระกูล (2557) ให้ความหมายว่า ลักษณะสำคัญของโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติ ด้านความคิดอารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ที่เกิดขึ้นเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สรุปได้ว่าโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติ ด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรมและบุคลิกโดยรวม ซึ่งมีอาการติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.2 สาเหตุของการเกิดโรค ลักษณะอาการทางคลินิกในปัจจุบัน ยังไม่พบสาเหตุที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายๆสาเหตุร่วมกัน และแนวคิดที่ยอมรับในปัจจุบัน คือ Stress-diathesis model หมายถึงผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่ เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการ ทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา และอาจเกิดจากหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factors) ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) และ ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic factors) หรือหลายปัจจัยร่วมกันซึ่งปัจจัยทุกด้านมีความสำคัญ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors) ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่า มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม จากการศึกษาการเกิดโรคนี้มีความสัมพันธ์กันในฝาแฝด พบว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันและฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ มีอัตราการเกิดโรคที่ต่างกัน ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะมีอัตราการเกิดโรคอยู่ระหว่าง ร้อยละ 35-58 ฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบจะมีอัตราการเกิดโรคอยู่ระหว่าง ร้อยละ 16 (Wilson and Kneisl, 1996 อ้างใน อรพรรณ ลือบุญวิชัย, 2554)

1.2.2 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีประสาทในสมอง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1) สมมติฐานของ Dopamine (Dopamine hypothesis) เชื่อว่าเกิดจากการทำงานมากเกินไปของโดปามีน โดยมีการเพิ่มของโดปามีนที่บริเวณโดปามีนซินแนป (Dopamine synapse) ในสมอง

2) สมมติฐานเกี่ยวกับ Transmethylation (Transmethylation

hypothesis) เชื่อว่าการเติมเมทิลกรุป (Methyl group) เข้าไปในโมเลกุลของแคทีโคลามีน (Catecholamine metabolics) จะทำให้เกิดโรคจิตเภท โดยเฉพาะถ้าบุคคลนั้นมีความตึงเครียด จะมีแคทีโคลามีนหลั่งออกมาในสมองมาก

3) สมมติฐานความไม่สมดุลระหว่าง Dopamine กับ Norepinephrine (Dopamine-norepinephrine imbalance) เชื่อว่าโรคจิตเภทมิได้เกิดจากการเพิ่มของโดปามีน เพียงอย่างเดียว แต่มีการขาดนอร์อิพิเนพรินร่วมด้วย ทำให้ระดับของสารเคมีในสมองขาดความสมดุล และเกิดอาการของโรคจิตเภทได้

4) สมมติฐานจากภาพถ่ายทางสมอง (Brain imaging) จากการศึกษาในปัจจุบันพบความผิดปกติหลายแห่งในสมองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น การกว้างขึ้นของช่องน้ำสมอง หรือมีความบกพร่องของสมองส่วนหน้า

1.2.3 ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychological factors) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่า เป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในขวบปีแรก มีผลให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้าน ภาษา สติปัญญา การคิด การจำ การตัดสินใจ ความสนใจ และการรับรู้ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติและสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี นอกจากนี้ผู้ที่มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทง่ายจะมีบุคลิกภาพชนิด schizoid คือเป็นคนเก็บตัว ไม่ชอบเข้าสังคม พูดน้อย ไม่ไวใจคน ระแวง ขาดน้ำใจ ประหม่า ง่ายเวลาพบคนอื่น และอารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าธรรมดา ความผิดปกติของอุปนิสัยดังกล่าวนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพันธุกรรม ความขัดแย้งภายในจิตใจที่เกิดขึ้นจากสัญชาตญาณทางธรรมชาติ ได้แก่ ความอยาก ความต้องการ และข้อห้ามที่เกิดจากพลังควบคุมทางด้านจิตใจที่บุคคลมี ถ้าพลังความอยาก ความต้องการมีมากกว่าพลังควบคุม บุคคลทำตามความอยาก ความต้องการ เกิดความรู้สึกผิดเกิดความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง ทำให้เกิดความโกรธ ชุนเคือง หรือถ้าพลังควบคุมความอยากความต้องการมาก บุคคลมีแรงหักห้ามใจตนเองมากจนไม่ได้ตอบสนองความอยากความต้องการอย่างเพียงพอ ทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและไร้ความสุข (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

1.2.4 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors) สังคม และ

สิ่งแวดล้อมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท จากการศึกษาพบว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท คือประชากรที่มีฐานะยากจนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี ประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับสภาวะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง ซึ่งความเครียดและวิถีชีวิตที่ยากจน เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เป็นโรคจิตเภท โดยเฉพาะในผู้ซึ่งมีแนวโน้มจะเป็นโรคง่ายอยู่แล้ว

นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกันพยายามดึงเด็กมาเป็นพวกของตน ในที่สุดเด็กเกิดความลังเลไม่แน่ใจ (ambivalence) ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคจิตเภท หรือบิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป over possessive มีความต้องการเข้าไปเกี่ยวข้องกับทุกๆ เรื่องของลูก แม้แต่การคิดและการตัดสินใจและ การเลี้ยงดูแบบ over control ทำให้เด็กเติบโตมาเป็น แบบ dependent ต้องพึ่งผู้อื่นอยู่เสมอ ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนได้เหมาะสม จะทำให้มีความผิดปกติด้านพัฒนาการของ ego ของเด็ก อันนำไปสู่การเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) และผลจากสิ่งแวดล้อมดังกล่าว ถ้ามีประวัติพันธุกรรม ญาติเป็นโรคจิตเภทผู้ป่วยซึ่งมีแนวโน้มจะเป็นโรคนี้อาจป่วยแล้วจากการได้รับ gene ที่เป็นโรคมารู้อยู่ เมื่อเติบโตขึ้นมาภายใต้ภาวะที่กดดันจะเป็น stress ส่งเสริมทำให้เป็นโรคจิตเภท

ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม อาการหลักคือ Psychotic dimension, Disorganization dimension และ Negative dimension บางคนจัดรวม Psychotic dimension และ Disorganization dimension อยู่ในกลุ่มอาการด้านบวก (Positive dimension)

1. Psychotic dimension ได้แก่อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อยได้แก่ หลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายกลั่นแกล้ง (persecutory delusion) หลงผิดว่าพฤติกรรมของคนอื่นหรือเรื่องต่างๆ ที่เกิดในโทรทัศน์ วิทยูเป็นไปเพื่อความหมายถึงตนเอง (delusion of reference) หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสำคัญหรือมีความหมายพิเศษ (grandiose delusion) รู้สึกว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนรอบข้างรู้ว่าตนคิดอะไร (though broadcasting) เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลก เป็นไปไม่ได้เลย เช่น เชื่อว่าแมลงอยู่ในสมอง

อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้โดยที่ไม่มีสิ่งมากระตุ้นจากภายนอก อาการที่พบบ่อย คือ อาการหูแว่ว (Auditory hallucination) โดยเสียงนั้นจะเป็นเรื่องราวชัดเจน ผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 ผู้ป่วยจะมีอาการหูแว่วได้ยินเสียงจากภายนอก อาจเป็นคำพูดหรือเสียงที่พบบ่อย คือ เสียงคนมาพูดว่าหรือเสียงคนพูดเรื่องของผู้ป่วย อาจเป็นเสียงของคนๆเดียว หรือหลายคน บางรายเป็นเสียงคนคุ้นเคยหรือเสียงคนอื่นที่ผู้ป่วยไม่รู้จัก ผู้ป่วยอาจอาจรับฟังเฉยๆ บางรายกลัว บางรายพูดโต้ตอบด้วย อาการประสาทหลอนที่ช่วยสนับสนุนว่าเป็นโรคจิตเภท ถือเป็น Schneider's first rank symptom ได้แก่ ผู้ป่วยได้ยินเสียงความคิดของตนเอง ผู้ป่วยได้ยินเสียงคนพูดโต้ตอบเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยได้ยินเสียงคนพูดวิจารณ์เกี่ยวกับการกระทำของตน อาการประสาทหลอนทางการเห็นภาพหลอน (Visual hallucination) เห็นภาพเป็นคนหรือสิ่งของ บางรายเห็นภาพคนจะมาทำร้าย อาการประสาทหลอนทางการรับรส รุ้สึกรสแปลกๆ (Gustatory hallucination) อาการประสาทหลอนทางการสัมผัส (Tactile hallucination) อาการประสาทหลอนทางการได้กลิ่น รุ้สึกกลิ่นแปลกๆ (Alfactory hallucination)

2. Disorganization dimension ได้แก่

2.1 Disorganized speech เป็นความผิดปกติของกระบวนการคิด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทาง การพูดและสนทนา ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ความคิดไม่สมเหตุสมผล หรือไม่สอดคล้องกับสภาพภายนอก อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมาจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น

ความคิดไม่ปะติดปะต่อ (loosening of association) ซึ่งคำพูดของผู้ป่วยจะไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่มีความหมายที่ต่อเนื่องกันในระหว่างคำพูดหรือประโยค ซึ่งเป็นผลมาจากกระแสดความคิดไม่สัมพันธ์กัน แต่ตัวผู้ป่วยเองกลับกลับไม่รู้สึถึงถึงความผิดปกตินี้

การพูดไม่ปะติดปะต่อ (incoherent speech) รูปแบบประโยคจะไม่ปะติดปะต่อกัน อาจพูดไม่จบประโยคหรือวลี ทำให้ไม่ได้ความหมาย ในกรณีที่รุนแรงมาก คำแต่ละคำเมื่อนำมาเรียงเป็นประโยคคำพูดออกไปแล้ว จะทำให้ไม่เข้าใจความหมายเลย (word salad)

การตอบเฉียง (tangentiality) ผู้ป่วยตอบคำถามไม่ตรงประเด็นที่กำลังคุยกันอยู่ แต่การพูดยังต่อเนื่อง

การพูดอ้อมค้อม (circumstantiality) เป็นผลมาจากความผิดปกติของกระบวนการคิด ผู้ป่วยจะให้รายละเอียดมากซึ่งรายละเอียดนี้ไม่จำเป็นหรือไม่ตรงประเด็น แต่อย่างไรก็ตามท้ายสุดผู้ป่วยก็สามารถตอบได้ตรงกับหัวข้อที่พูดกันไว้ในตอนต้น

การพูดพ้องเสียงสัมผัส (clanging) คือ การพูดใช้เสียงคล้องจองหรือเล่นเสียงสัมผัสโดยไม่คำนึงถึงความหมาย และไม่สมเหตุสมผล

การเลียนเสียงพูด (echolalia) ผู้ป่วยโรคจิตเภทบางรายมีการกล่าวคำของผู้อื่นซ้ำๆ หรือในบางรายอาจมีการกระทำเลียนแบบผู้อื่น (echopraxia)

2.2 Disorganized behavior ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมากไม่สมเหตุสมผล คาดเดาไม่ได้ว่าเขาทำเพราะอะไร เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด มอมแมม เดินเร่ร่อน บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนจู่ ๆ ก็ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น หรือยืนมองพระอาทิตย์อยู่กลางถนน

3. Negative dimension เป็นภาวะที่ขาดหรือลดลงอย่างมากในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้จัดเป็นอาการด้านลบ (negative symptom) ได้แก่ Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย พูดช้าใช้เวลานานกว่าจะตอบ Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตา เฉยเมย ไม่ค่อยสบตา Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรได้ไม่ค่อนานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล

ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านลบ ระยะหลังพบว่าผู้ป่วยยังมีอาการอีกกลุ่มหนึ่งได้แก่ cognitive dysfunction หลายคนมีความเห็นว่าอาจเป็นอาการสำคัญพื้นฐานของโรคนี้ มักพบได้ก่อนเกิดอาการกำเริบชัดเจน อาการเหล่านี้ได้แก่ สมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่องในการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (working memory) โดยเฉพาะ visuospatial working memory ไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เป็นต้น อาการด้าน cognitive มักคงอยู่นานและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แม้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการหูแว่วประสาทหลอนแล้ว ก็ยังอาจไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

1.3 ชนิดของโรคจิตเภท และการดำเนินโรค

การจำแนกชนิดของโรคจิตเภท ที่นิยมจำแนกมี 2 ระบบ คือ ตาม จำแนกตามคู่มือการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันหรือที่รู้จักกันในนาม DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) และจำแนกตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก ICD-10 (International Classification of Diseases, Tenth Edition) ซึ่งเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่นานาชาติได้ประชุมร่วมกันและจัดทำขึ้น และองค์การอนามัยโลกได้จัดพิมพ์เผยแพร่

1.3.1 จำแนกตาม DSM-IV

โรคจิตเภทแบ่งออกตามลักษณะอาการออกเป็น 5 กลุ่มย่อย เรียงตามลำดับ hierarchy จากชนิดที่ 1 ไปชนิดที่ 5 โดยผู้ป่วยกลุ่ม catatonic มี hierarchy สูงสุด ผู้ป่วยกลุ่มรองลงมา เช่น paranoid type จะวินิจฉัยได้ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการเข้าไม่ได้กับกลุ่ม catatonic และ disorganize

1. ประเภทพฤติกรรมคงรูปเดิม (Catatonic Type) ผู้ป่วยจะมีอาการเกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหว (psycho-motor symptom) ร่วมกับ ผู้ป่วยมีอาการสำคัญ คือ มีความผิดปกติที่พฤติกรรมเคลื่อนไหว อาจเป็นได้ทั้งแบบไม่เคลื่อนไหว (stupor) ปฏิเสธต่อต้าน (negativism) อยู่ในท่าเดิม (rigidity) หรือ ตื่นเต้นวุ่นวาย (excitement)

2. ประเภทวุ่นสับสน (Disorganized Type) ลักษณะที่สำคัญของผู้ป่วยประเภทนี้ คือผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอน มีความคิดและคำพูดไม่สอดคล้องกัน (incoherence) อารมณ์เฉยเมย apathy หรือ inappropriate ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุยังน้อย และเกิดขึ้นซ้ำ ๆ มักมีความผิดปกติทางบุคลิกภาพอย่างมากมาก่อน โรคจิตเภทชนิดนี้มักเป็นเรื้อรัง ไม่ค่อยหาย และเป็นภาระของสังคม ต้องมีคนคอยดูแลตลอดชีวิต

3. ประเภทหวาดระแวง (Paranoid Type) ลักษณะที่สำคัญของผู้ป่วยประเภทนี้ คือ ผู้ป่วยจะมีอาการหวาดระแวง หลงผิด มีอาการโกรธง่าย ก้าวร้าว ชอบทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น ผู้ป่วยประเภทนี้ การดำเนินชีวิตไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงมากนัก อาการค่อนข้างคงที่ การพยากรณ์โรคมักจะดีกว่าโรคจิตเภทชนิดอื่น

4. ประเภทจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated Type) ลักษณะที่สำคัญของผู้ป่วย

ประเภทนี้ คือ ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคจิตเภทไม่ชัดเจน ไม่สามารถจัดเข้าประเภทอื่น ๆ ได้ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดไม่ปะติดปะต่อกัน

5. ประเภทอาการหลงเหลือหลังเจ็บป่วย (Residual Type) ผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดนี้จะเคยเป็นโรคจิตเภทชนิดใดชนิดหนึ่งมาก่อนแล้ว อาการดีขึ้นแต่ยังมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยจะมีอาการด้านลบเป็นอาการนำ เช่น ชอบนั่งแยกตัวอยู่คนเดียว สีหน้าเฉยเมย ไม่ค่อยแสดงความรู้สึก ขาดความคิดริเริ่ม มักคิดและพูดอะไรแปลก ๆ พบว่ายังมี loosening of association อยู่บ้าง ไม่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มักกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง Schizoaffective มีอาการเฉียบพลัน อาการเข้าได้กับโรคจิตเภท มีอารมณ์เศร้าร่วมกับอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ คิดซำซึ้งกว่าตนมีความผิด เบื่อชีวิต คิดอยากตาย มีอัตราการฆ่าตัวตายบ่อยกว่าโรคจิตเภทชนิดอื่น

1.3.2 จำแนกตาม ICD-10

องค์การอนามัยโลกได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น 9 ประเภทดังนี้

1. โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) เป็นโรคจิตเภท ชนิดที่พบมากที่สุด ผู้ป่วยจะมีอาการหวาดระแวง หลงผิด มีอาการโกรธง่าย ก้าวร้าว ชอบทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น ผู้ป่วยประเภทนี้ การดำเนินชีวิตไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงมากนัก อาการค่อนข้างคงที่ การพยากรณ์โรคมักจะดีกว่าโรคจิตเภทชนิดอื่นๆ

2. โรคจิตเภทชนิดเฮบิฟรินิก (Hebephrenic Schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทชนิดที่พบในวัยหนุ่มสาวระหว่าง 15-25 ปี อาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีอาการของความคิด และคำพูดไม่สอดคล้องกัน (incoherence) อารมณ์เฉยเมย ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ผู้ป่วยพวกนี้เริ่มมีอาการตั้งแต่อายุยังน้อย และเกิดขึ้นซ้ำๆ ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติทางบุคลิกภาพอย่างมากมาก่อน เมื่อเป็นเรื้อรังมักไม่ค่อยหาย และเป็นภาระของสังคม

3. โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (Catatonic Schizophrenia) ลักษณะเด่นของจิตเภทประเภทนี้ คือ มีความผิดปกติที่พฤติกรรมเคลื่อนไหว อาจเป็นได้ทั้งแบบ เฉยทื่อ (stupor) ปฏิเสธต่อต้าน (negativism) ยืนกราน (rigidity) หรือตื่นเต้น วุ่นวาย (excitement)

4. โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (Residual Schizophrenia) ผู้ป่วยโรคจิตเภท ชนิดนี้ จะเคยเป็นโรคจิตเภทชนิดใดชนิดหนึ่งมาก่อนแล้ว อาการดีขึ้น แต่ยังมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่ มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวซ้ำ ซ้ำ ซ้ำ ซ้ำ ชอบนั่งแยกตัวอยู่คนเดียว สีหน้าเฉยเมย

ขาดความคิดริเริ่ม มักคิดและพูดอะไรแปลกๆ ไม่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มักกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง

5. โรควิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated Schizophrenia) ผู้ป่วยประเภทนี้ มีอาการของโรควิตเภทไม่ชัดเจน ไม่สามารถจำแนกประเภทอื่นๆ ได้ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดไม่ปะติดปะต่อกัน

6. โรควิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post-Schizophrenic Depression) เป็นภาวะซึมเศร้า ที่เกิดหลังจากป่วยด้วยโรควิตเภท มีอาการซึมเศร้าร่วมกับอาการแยกตัวไม่สังคมกับใคร

7. โรควิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple Schizophrenia) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสื่อมถอยโดยเริ่มมาเรื่อยๆ ตั้งแต่เริ่มจนมีอาการชัดเจน ไม่สามารถทำตามความคาดหวังของสังคมได้

8. โรควิตเภทชนิดอื่นๆ (Other Schizophrenia) เป็นโรควิตเภทชนิดที่ไม่เข้าเกณฑ์ใดๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

9. โรควิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified Schizophrenia) เป็นโรควิตเภทที่ไม่สามารถระบุประเภทได้

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะอาการนำ (Prodromal phase) ในระยะนี้จะมีลักษณะทั้งทางพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากปกติที่เป็นอยู่เดิม อาการผิดปกติเริ่มเกิดขึ้นหลังจากเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (puberty) ระยะนี้อาจกินเวลาตั้งแต่ไม่กี่สัปดาห์จนถึงหลายปี โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การทำหน้าที่จะบกพร่องอย่างชัดเจนและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เป็นลำดับ เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักเป็นกลุ่มอาการด้านลบ เช่น มีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ง ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต

2. ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) จะเริ่มในช่วงวัยรุ่น ตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ทางระบาดวิทยาพบว่า อายุเฉลี่ยของการเริ่มเกิดอาการโรคในเพศหญิงคือ 29 ปี ซึ่งมากกว่าอายุเฉลี่ยในเพศชายเล็กน้อย (25ปี) ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยอายุอยู่ระหว่างอายุ 15-30 ปี พบได้ทั้งผู้ป่วย

ที่มีอาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปเป็นเวลาหลายเดือนถึงหลายปี และผู้ป่วยที่มีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในเวลาไม่กี่วันหรือไม่กี่สัปดาห์ ทั้งกลุ่มอาการบวกและกลุ่มอาการลบ

3.ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบแต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ระยะนี้อาการทางบวกจะน้อยลงแต่ยังคงมีอาการทางลบ เช่นพูดน้อย เฉื่อยชา ไร้อารมณ์ แยกตนเองจากสังคม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่สนใจดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเอง ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ได้ มีปัญหาการดำรงชีวิต เกิดความเครียดได้ง่าย บางครั้งจะมีอาการซึมเศร้าเป็นภาวะแก่ครอบครัวและสังคม (American Psychiatric Association,1994) อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัวเอง วิดกกังวลหงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆเข้ากับตัวเอง (มาโนช หล่อตระกูล,2555)

การดำเนินของโรคจิตเภทมีความหลากหลายมาก ตั้งแต่การฟื้นตัวกลับมาอย่างสมบูรณ์จนถึงมีอาการของโรคอยู่อย่างเรื้อรังจนไม่สามารถทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ การป้องกันการป่วยซ้ำเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยไม่ให้ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคที่แยลงเรื่อยๆ การบำบัดทางจิตสังคม รายบุคคลและรายกลุ่ม การช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว การบำบัดครอบครัว มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวกลับมาดีขึ้นและลดระดับความรุนแรงของอาการต่างๆที่หลงเหลืออยู่ได้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์; สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาเป็นการบำบัดแบบบูรณาการ ประกอบด้วยการใช้ยา การรักษาด้วยจิตบำบัด การรักษาทางจิตสังคมและการฟื้นฟูทางจิตเวช ส่งเสริมการช่วยเหลือลดความเสื่อมในหน้าที่การทำงาน การตัดสินใจ และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือต่อการรักษาของผู้ป่วยด้วย (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) โดยมีแนวทางการบำบัดแบบบูรณาการ แบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรคได้ 3 ระยะดังนี้

1.4.1 ระยะอาการกำเริบ คือ การรักษากรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น เป็นการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง หรือเพื่อ

ควบคุมเรื่องยาในกรณีผู้ป่วยไม่ยอมกินยา การช่วยในเรื่องต่างๆนอกเหนือไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์ การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1.4.1.1 การรักษาด้วยยา เป็นหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากอาการของโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับ สารเคมีในสมอง ยาจะไปช่วยปรับสารเคมีเหล่านั้นทำให้อาการต่างๆลดลงหรือหายไปมากที่สุด ผู้ป่วยจิตเภททุกรายควรได้รับคำอธิบายถึงความสำคัญของยาที่ใช้รักษา เนื่องจากการไม่ผูกติด (non-adherence) กับยารักษาโรคจิต ในผู้ป่วยจิตเภทนั้นสูงมาก มีการศึกษาพบว่าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เพียง 10 วัน ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจะกินยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ผูกติดกับยา และพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 และ 75 ภายในเวลา 1 ปี และ 2 ปี ตามลำดับ (Lehman et al.,2004 อ้างใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์,2552)

1.4.1.2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy; ECT) เป็นการรักษาโรคทางจิตเวชด้วยการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองผ่านขั้วไฟฟ้า (Electrode) โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย การรักษาด้วย ECT มีประสิทธิภาพดีในการรักษาอาการโรคจิตเภทในระยะเฉียบพลันมากกว่าในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการเคลื่อนไหวแบบคางแข็ง คาตาโทเนีย หรือผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าร่วมด้วย

1.4.1.3 การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และได้ทำกิจกรรมเพื่อลดความกดดันของผู้ป่วย โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจใช้การผูกยึด และจำกัดบริเวณ หรือพิจารณาฉีดยาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในระยะนี้ต้องดูแลใกล้ชิด ตรวจสอบผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความรู้สึกตัว และผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงพิจารณายุติการผูกยึดหรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย

1.4.2 ระยะเวลาการดูแล การรักษาพยาบาลจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งมี 2 ลักษณะได้แก่ การบำบัดรายบุคคลและการบำบัดรายกลุ่ม โดยมีจุดมุ่งหมายที่เหมือนกันคือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้อย่างเต็มที่ ต่างกันที่จิตบำบัดแบบกลุ่มจะบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่ม เพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น ลดปัญหาการแยกตัวออกจากสังคมลงได้

1.4.2.1 การบำบัดโดยการสนับสนุนและดูแลช่วยเหลือครอบครัว (Family intervention) ด้วยสมมติฐานที่ว่าโรคจิตเภทเกิดจากปัญหาการเลี้ยงดูในช่วงต้นของชีวิต และผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวไม่ค่อยดีนัก มีการศึกษาถึงการแสดงออกทางอารมณ์รุนแรง (high EE) และมีวิจารณ์เชิงติเตียนสูง จะมีความเสี่ยงของการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงเป็น 2.6 และ 3.5 เท่าตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่กลับไปอยู่ในครอบครัวที่ไม่มีลักษณะดังกล่าว ดังนั้นการสนับสนุนและดูแลช่วยเหลือครอบครัว จึงเป็นการช่วยให้มีการลดการแสดงออกทางอารมณ์และส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์เชิงประคับประคอง (supportive interaction) ของคนในครอบครัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท

1.4.2.2 นิเวศบำบัด (Milieu therapy) คือ การจัดสิ่งแวดล้อมอย่างระมัดระวัง เพื่อให้การรักษาแก่ผู้ป่วยทางจิต มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปสู่สังคมภายนอกได้ดี โดยเริ่มให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลก่อนเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจและบุคลิกภาพให้มีความกระตือรือร้นและเกิดความภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่นตนเองเพื่อที่จะกลับคืนสู่สังคมเดิมในสภาพที่พร้อมจะเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ที่มีอยู่ หรือที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งมีความสามารถที่จะรับผิดชอบตนเอง ครอบครัวและสังคมเพิ่มขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555)

1.4.3 ระยะอาการคงที่ การดูแลระยะนี้ เน้นการดูแลตนเองให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ เพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำรวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบคงสภาพ Maintenance treatment) จึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (Re-hospitalization) ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ออกฤทธิ์ยาว (Long-acting antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ ต่อการฉีด 1 ครั้ง ระยะเวลาในการรักษานั้นส่วนใหญ่เน้นในครั้งแรก หลังจากอาการทางจิตดีขึ้น แล้วให้ยาต่อเนื่องไปอีกหนึ่งปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว หากมีอาการกำเริบบ่อยกว่านี้ ต้องให้ยาต่อเนื่องตลอดไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

สรุปได้ว่า การรักษาโรคจิตเภท ควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาซึ่งต้องบูรณาการทั้งการรักษาด้วยยา การบำบัดโดยการสนับสนุน และดูแลช่วยเหลือครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นต้น เพื่อป้องกันอาการกำเริบของผู้ป่วยและการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

1.5. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจำเป็นต้องมีลักษณะตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้มีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมาย ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม สิ่งสำคัญคือ เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เป็นการพยาบาลที่ใช้องค์ความรู้แนวคิดทฤษฎีทั้งในด้านศาสตร์และศิลป์มาใช้ในการดูแลช่วยเหลือและบำบัดสนับสนุนส่งเสริมด้านสุขภาพป้องกันหรือดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยทางจิตรวมทั้งครอบครัว โดยทั่วไปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย การใช้กระบวนการพยาบาล ใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ทักษะการดูแลผู้ป่วย ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุกด้าน การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ตรงปัญหา การวางแผนการพยาบาล และการให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมมิติ ต้องมีประเมินผลทางการพยาบาล มุ่งเน้นให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

1.5.1 หลักการพยาบาลโดยทั่วไปการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย

(สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

1.5.1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหา ด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน จึงเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป พยาบาลต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านสุขอนามัยของตนเอง ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ซึ่งอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารขึ้นได้ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมคงรูปเดิมชนิดหุนหันขี้ใจจึงอาจมีกล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยง กิจกรรมที่จัดให้ก็ควรให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ

1.5.1.2 การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลคือต้องค้นหาความหมายของความคิด และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (Search of meaning) ได้มากขึ้น และพยาบาลต้องส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยอยู่กับ

ความจริง(Reinforcing reality) โดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่เป็นความจริงแก่ผู้ป่วย

1.5.1.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ การพยาบาลปัญหาความผิดปกติ ด้านอารมณ์ที่พบบ่อยและเห็นได้ชัด คือ อารมณ์ราบเรียบ สังเกตจากใบหน้าที่นั่งเฉย ไม่สนองตอบต่อเหตุการณ์ เมื่อพูดคุยจะไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ พยาบาลต้องมีความอดทน และเข้าใจผู้ป่วย เสริมสร้างพฤติกรรม และการแสดงออกด้านอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.5.1.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคมและการไม่สนใจบุคคลอื่น ดังนั้นพยาบาลต้องประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสมให้ผู้ป่วยบนพื้นฐานของผู้ป่วยด้วยหลักการการเรียนรู้

1.5.2 การใช้กระบวนการพยาบาล (สวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว,2554)

1.5.2.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่างๆ ของผู้ป่วย เริ่มต้นด้วยการประเมินความคิด การรับรู้และพฤติกรรมโดยทั่วไป และอาการผิดปกติที่เป็นสาเหตุนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.5.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องสอดคล้องกับอาการและสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

1.5.2.3 การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้น และแผนการพยาบาลระยะยาว และควรมีการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่พึงประสงค์ด้วย

1.5.2.4 การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลโดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ด้วยเทคนิคสร้างสัมพันธภาพ การยอมรับ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลและข้อเสนอแนะการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม

1.5.2.5 การประเมินผลการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไข ปัญหาใดยังคงมีอยู่เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาอันสั้น

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ซึ่งมีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ ความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ และการกระทำที่ผิดจากคนทั่วไป ดังนั้นผู้ให้การพยาบาลจึงต้องมีความ

ละเอียดรอบคอบ ใช้หลักการพยาบาลโดยทั่วไป และการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลอย่างตรงความเป็นจริงบนพื้นฐานของผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและการรับรู้ รวมทั้งด้านสังคมของผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งด้านกระบวนการคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) ส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและมีอัตราการกำเริบสูง (มาโนช หล่อตระกูล, 2555; Durmaz and Okanli, 2014) จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสการกลับป่วยซ้ำสูง และต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (จิราภรณ์ นพคุณ และจิระพรรณ สุริยงค์, 2551) และจากนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมากกว่าการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล การรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงเน้นให้การรักษาเฉพาะภาวะวิกฤติเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาลงจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยยังไม่ดีพอ (Awad and Voruganti, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนยังมีปัญหาในการดูแลตนเองอย่างมาก ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถประกอบอาชีพได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น และมักพบปัญหาการไม่ได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากญาติหรือผู้ดูแล ไม่มีผู้ดูแลและให้ยา ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการกำเริบและป่วยซ้ำต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอีก (อรพรรณ ลีอนุชวณิชัย, 2549; วาสนา ปานดอก, 2545; Townsend, 2006) สอดคล้องกับการศึกษา หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวในชุมชน แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นแล้วก็ตาม ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการดำเนินโรค (ชวณิชัย ลีหะนาจ, 2552) และมีความบกพร่องด้านกระบวนการคิด (Keefe et al., 2004; Kurtz et al., 2008)

2.2 ปัญหาและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากเหตุผลที่กล่าวมา ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบปัญหาในการดำรงชีวิตในชุมชน มีลักษณะต่างๆพอสรุปได้ดังนี้

2.2.1 ปัญหาด้านพฤติกรรม

1) พฤติกรรมที่เกิดจากอาการทางจิต ในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอาจมีอาการกำเริบได้เป็นครั้งคราว ซึ่งเป็นได้ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ อาการทางบวกที่พบได้แก่ ความคิดหลงผิด คิดว่าตนเป็นผู้วิเศษ มีความสามารถเหนือธรรมชาติคิดว่าตนเป็นเทพเจ้า เป็นผู้ยิ่งใหญ่มีชื่อเสียง หรือหลงผิดคิดว่าผู้อื่นคิดร้ายต่อตน อาการประสาทหลอนที่พบได้แก่ การได้ยินเสียงขณะที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน การเห็นภาพบางภาพขณะที่ผู้อื่นไม่เห็น ได้กลิ่นในขณะที่ผู้อื่นไม่ได้กลิ่น การรับรสที่ผิดปกติ การสัมผัสที่ผิดปกติ ส่วนอาการทางลบ ได้แก่ การพูดน้อยพูดช้าใช้เวลานานกว่าจะตอบ การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น แยกตัวออกจากสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ปกติ ได้แก่ พูด ยิ้ม หัวเราะคนเดียว ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ทำร้ายตนเองทำร้ายผู้อื่นทำลายข้าวของ วางเพลิง อารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย พฤติกรรมก้าวร้าวไม่เป็นมิตร (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2553; พิกุล เจริญสกุลทรัพย์ และคณะ, 2555) นอนไม่หลับมีพฤติกรรมรบกวนเพื่อนบ้าน ออกเที่ยวนอกบ้านเดินเรื่อยเปื่อย (ธัญชนก เต่าทอง, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีอาการทางจิตในระดับรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 25 และระดับรุนแรงมากร้อยละ 65 (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2553; วันทนีย์ ล้ำเลิศ, 2558) นอกจากนี้ ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

2) ปัญหาด้านการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพความสะอาดของร่างกาย ได้แก่ ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว และใส่เสื้อผ้าชุดเดิมเป็นเวลาหลายวันติดต่อกัน (ธัญชนก เต่าทอง, 2554; สุนิย์ แสง, 2554) ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง นอนทั้งวัน และไม่ช่วยเหลืองานในครอบครัว (Harven et al., 2006; จิราพร รักการ, 2549; สุนิย์ แสงดาว, 2554) รวมทั้งมีการพึ่งพาผู้ดูแลเป็นอย่างมาก (Hou et al., 2008; วันทนีย์ ล้ำเลิศ, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพึ่งพาตนเองไม่ได้ ร้อยละ 10 พึ่งพาตนเองได้น้อย ร้อยละ 27.50 และพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง ร้อยละ 30 (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544; วันทนีย์ ล้ำเลิศ, 2558)

3) พฤติกรรมการใช้สารเสพติด มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ติดเครื่องดื่มชูกำลังและสารเสพติด (Kaplane and Sadock,1998; บุษพา ธนิกกุล และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2555) และจากการศึกษาของ จันท์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 45.10 สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาพร รัฐมัน (2558) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีประวัติการใช้สารเสพติดก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการดื่มสุราร้อยละ 100 ใช้กัญชาร้อยละ 25 ยาบ้า ร้อยละ 30 บุหรี่ ร้อยละ 7.5 และกาวร้อยละ 10

2.2.2 ปัญหาด้านการรับประทานยาการรักษาอาการทางจิต

ผู้ป่วยมักหยุดยาเองจากสาเหตุหลายประการ เช่น เกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง บางรายขาดความรู้ โดยเชื่อว่าตนเองมีอาการดีขึ้นแล้วไม่ต้องรับประทานยาต่อหรือปรับลดขนาดยา บางรายไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ จึงหยุดการใช้ยาเอง มีการศึกษาพบว่า หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เพียง 10 วัน ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจะไม่กินยาสม่ำเสมอหรือไม่ผูกยึดกับยา และตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 ร้อยละ 75 ภายในเวลา 1 ปีและ 2 ปีตามลำดับ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท, 2552)

2.2.3 ปัญหาด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีสัมพันธภาพกับครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับไม่ดี (จิตรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; Bae, et al., 2008) มีการแยกตัว ไม่กล้าพูดคุย ไม่มีเชื่อมั่นในตนเอง ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพเฉพาะญาติผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; วันทนีย์ ล้ำเลิศ, 2558) นอกจากนี้พบว่าญาติบางรายไม่ยอมรับผู้ป่วย และอยากให้ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาล บางส่วนเกิดความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ตราบาปมากที่สุดในบรรดาโรคจิต (สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่าง วงษ์สิน, 2548) ทำให้รู้สึกทรมานต้องปิดบังการเจ็บป่วยไว้ (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547; บุษพา ธนิกกุล และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์,2555) และ การศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความสนใจและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมลดลง มีการสนับสนุนทางอารมณ์น้อย มีขนาดเครือข่ายทางสังคมแคบ การเข้าถึงสวัสดิการจากภาครัฐน้อย (วราภรณ์ พัฒนเวศน์, 2551; วันทนีย์ ล้ำเลิศ, 2558)

2.2.4 ปัญหาการประกอบอาชีพและรายได้

การไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผล และการสูญเสียความสามารถในการบริหารจัดการจึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม (มาโนช หล่อตระกูล, 2555) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 46.8 ไม่มีงานทำ (Durmaz and Okanli, 2014) และการศึกษาของ Dickerson et al.(2000) อ้างถึงใน วันทนีย์ ล้ำเลิศ, 2558) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทขาดทักษะหน้าที่ทางสังคมและอับอาย เกิดความไม่สบายใจในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น มีความบกพร่องในเรื่องการจดจำชั่วคราว

2.2.5 ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ

ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนปกติทั่วไป และมักจะเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดประเภทต่างๆ การหลีกเลี่ยง แยกตัวจากสังคม โทษคนอื่น ก้าวร้าว และการทำร้ายตนเอง (Vasile et al., 2008; วันทนีย์ ล้ำเลิศ, 2555) ทำให้ไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่มีอยู่ให้หมดไป และอาจมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นจนไปรบกวนต่อการทำหน้าที่ด้านต่างๆของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โมโหง่าย (ธัญชก เต่าทอง ,2554) ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

2.2.6 ปัญหาขาดการดูแลและเอาใจใส่

เมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวที่บ้าน มักไม่ได้รับความเอาใจใส่และสนใจจากญาติ ผู้ป่วยถูกปล่อยให้อยู่บ้านคนเดียวตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแลและให้ยา เนื่องจากญาติต้องประกอบอาชีพ หรือญาติเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549; วันทนีย์ ล้ำเลิศ, 2558)

สรุป ปัญหาและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้ว่าเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษาและธรรมชาติของโรคนี้นี้มักจะกำเริบซ้ำได้บ่อย ซึ่งการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท การไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การไม่รู้และไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการใช้สารเสพติด ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้อย่างมีความสุข และด้วยนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันเน้นที่การดูแลโดยครอบครัวและชุมชน ครอบครัวจึงกลายเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้ป่วยเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภท

ในชุมชนจะมีอาการทุเลาลง แต่ก็ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการดำเนินโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดี มีความผิดปกติด้านต่างๆ เช่น ด้านพฤติกรรม ด้านการรับประทานยา ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การประกอบอาชีพและรายได้ ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ จากลักษณะความผิดปกติด้านต่างๆ ดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เครียด อับอาย มีปัญหาด้านสุขภาพจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ

2.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.3.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีผู้ให้ความหมายไว้หลายทัศนะ ดังนี้

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) ให้ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน คือการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหาปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน เน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

WHO (2001 อ้างถึงใน เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2555) ให้ความหมายว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หมายถึง การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ซึ่งมีความต้องการได้รับการดูแล จะมีโอกาสได้รับการรักษาอยู่ในระดับชุมชน โดยที่การดูแลไม่ใช่เป็นเพียงการบริการใดๆที่ให้ระดับท้องถิ่นและสามารถเข้าถึงได้เท่านั้น แต่จะต้องเป็นบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยแต่ละรายด้านด้วย นอกจากนี้ควรเป็นบริการที่มีเป้าหมายในการเสริมสร้างพลังอำนาจและมีการใช้เทคนิคการบำบัดซึ่งมีประสิทธิภาพที่จะช่วยให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการส่งเสริม ให้มีทักษะในการช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งการใช้ระบบสนับสนุนอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัวและกลไกสนับสนุนอย่างเป็นทางการอื่นๆที่มีอยู่

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม

โดยผสมผสานการดูแล บุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญ ปัญหาปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน โดยมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ การ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้มี ความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

2.3.2 วัตถุประสงค์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Klebnoff,1989)

1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและความ พิกการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

2) ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4) ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและ ครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด

5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน ซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล

6) ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน

7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว

8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของ ผู้ป่วยและครอบครัว

9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การให้ยา การรับประทานยา การมี กิจกรรม การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน อย่างต่อเนื่อง

2.3.3 หลักการพยาบาลโดยทั่วไป การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทต้อง ตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม และเนื้อหาสาระต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วย จิตเภทมีปัญหาเรื่องการรับรู้ ด้านการสื่อความหมาย และด้านสังคม โดยทั่วไปแล้วการพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภท (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) ประกอบด้วย

1) การพยาบาลด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้าน

การดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน จึงเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป พยาบาลต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านสุขอนามัยของตนเอง ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทาน อาหาร ไม่ดื่มน้ำ ซึ่งอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารขึ้นได้ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมคงรูปเดิมชนิดหุนหันขี้ใจสั่งอาจมีกล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยง กิจกรรมที่จัดให้ก็ควรให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ

2) การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลคือต้องค้นหาความหมายของความคิด และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (Search of meaning) ได้มากขึ้น และพยาบาลต้องให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (Reinforcing reality) โดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย

3) การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาความผิดปกติด้านอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่เห็นได้ชัด คือ อารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่าเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ พยาบาลต้องเข้าใจและอดทนต่ออารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคมและการไม่สนใจบุคคลอื่น ดังนั้นพยาบาลต้องประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสมให้ผู้ผู้ป่วยบนพื้นฐานของผู้ป่วยด้วยหลักการการเรียนรู้

2.3.4 หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน

ชุมชน จะมีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ตรงที่สามารถค้นหาแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนทั้งที่ไม่เป็นทางการในครอบครัวและเป็นทางการอื่นๆที่มีอยู่ และยังไม่ได้มีบทบาทอย่างชัดเจนเพื่อสร้าง และสนับสนุนให้แหล่งทรัพยากรเหล่านั้นได้มีบทบาทอย่างเข้มแข็งมากขึ้นในการเป็นพันธมิตร (alliances) ด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องถูกทอดทิ้งให้อยู่กับครอบครัวที่ไม่มีความพร้อม เพราะครอบครัวเหล่านี้จะได้รับผลกระทบด้านลบทางด้านจิตใจและเกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วย การใช้ทรัพยากรในชุมชนมาร่วมเป็นพันธมิตรในการดูแลผู้ป่วย ถือเป็นวิธีบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาระที่เกิดขึ้นแก่ครอบครัวและสังคม

การดูแลที่ดีในชุมชนอาจเริ่มตั้งแต่การดำเนินการตามหลักการเบื้องต้นบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการบริการดูแลด้านสุขภาพจิต อาทิ การวินิจฉัย การบำบัดรักษาตั้งแต่ในระยะแรก การใช้เทคนิครักษาแบบต่างๆที่มีเหตุผลรองรับ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การให้บริการที่ครอบคลุม การให้ผู้ให้บริการเข้ามามีส่วนร่วม การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลร่วมกับครอบครัว การให้ชุมชนระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และการผสมผสานการดูแลเข้าสู่บริการระดับปฐมภูมิโดยมีรายละเอียดแต่ละวิธีดังนี้ (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2555)

1) การวินิจฉัยและการบำบัดรักษา (Diagnosis and Intervention) การวินิจฉัยที่ถูกต้องจะมีความจำเป็นมากต่อการวางแผนการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล รวมทั้งการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม การบำบัดรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ในระยะแรกเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการป้องกันไม่ให้เกิดอาการผิดปกติทางจิตที่รุนแรงขึ้น รวมทั้งช่วยควบคุมอาการและส่งผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลตามมาอีกทั้งทำให้มีการพยากรณ์โรคที่ดีด้วย การรักษาความผิดปกติทางจิตที่เหมาะสมจำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยยาอย่างสมเหตุสมผลร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ให้เกิดความสมดุลและในลักษณะผสมผสานให้สอดคล้องไปด้วยกัน เช่น การบำบัดทางจิตและการบำบัดทางจิตสังคม

2) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม มักตามมาด้วยการเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังทางร่างกาย ถึงแม้ว่าบางครั้งจะมีความผิดปกติแบบเฉียบพลันเกิดขึ้นในช่วงที่มีการกำเริบ ดังนั้นการดูแลผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตจึงควรใช้หลักการดูแลแบบโรคเรื้อรัง มากกว่าการดูแลแบบโรคเฉียบพลันหรือโรคติดเชื้อ รูปแบบการดูแลในปัจจุบันเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ได้แก่ การจัดคลินิกเฉพาะกลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยแบบเดียวกันหรือมีปัญหาค้ำยกัน การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว การให้ทีมบำบัดเดิมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและครอบครัวรายเดิมอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้รายกลุ่มแก่ผู้ป่วยและครอบครัว กระจายการบริการสู่ชุมชน (Decentralization of services) ผสมผสานการดูแลเข้าในระบบบริการปฐมภูมิ

3) การดูแลอย่างกว้างขวางและครอบคลุม (Wide Range of Services) เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตและครอบครัวมีความต้องการที่ซับซ้อนและหลากหลาย และมีความแตกต่างกันไปในแต่ละระยะของความเจ็บป่วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการจัดบริการที่กว้างขวางหลากหลายเพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุม (Comprehensive Care) แก่ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตได้ เช่น ในผู้ที่มีการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ เพื่อให้มีทักษะในการ

ดำรงชีวิตและสามารถทำบทบาทในสังคมได้ดังเดิม ส่วนผู้ที่มีการฟื้นฟูเพียงบางส่วนก็มีความต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้กลับสู่สังคมเปิดได้อย่างสมบูรณ์ ส่วนผู้ป่วยบางรายซึ่งมีการดูแลตนเองได้น้อย ก็ควรได้รับประโยชน์จากโปรแกรมการฟื้นฟู (Rehabilitation programs) เช่นกัน ซึ่งบริการดังกล่าวเหล่านี้ควรครอบคลุม การบำบัดรักษาด้วยยา การให้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ การช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย การจัดการเรื่องที่พัก และการสนับสนุนทางเศรษฐกิจสังคมในลักษณะต่างๆ ทั้งบุคลากรวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ อาทิ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีพบำบัด และอาสาสมัคร ควรเป็นทีมการดูแลที่ร่วมมือกันในการช่วยเหลือและสนับสนุนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary teams) ในลักษณะนี้ถือว่ามีค่ามากในการบริหารจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาและความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน และแตกต่างกันในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย

4) การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว (Partners with Patients and Families) พบว่ามีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายที่ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการดึงครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาและการจัดการความผิดปกติต่างๆ นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่ชี้ให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการดูแลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งอาศัยอยู่กับครอบครัวจะดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล แม้ว่าการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำลงได้ แต่ต้องเป็นวิธีการดำเนินการที่ทำความคุ้นเคยกับการให้การรักษอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่วิธีการที่ใช้ทดแทนการบำบัดรักษาด้วยยา โดยพบว่า การบำบัดเสริมด้วยครอบครัวบำบัดที่นอกเหนือจากการบำบัดด้วยยาทางจิต ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้ยารักษาอย่างเดียว โดยเฉพาะต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในโรคจิตเภท การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับการรักษาผู้ป่วย จะเป็นสิ่งเชื่อมโยงให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้กลายเป็นหุ้นส่วนในการบริการร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพจิต

5) การให้ชุมชนระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม (Involvement of the Local Community) ความเชื่อ ทัศนคติ และการตอบสนองของสังคม มีผลต่อบริการการดูแลทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตก็เป็นสมาชิกของสังคมเช่นกัน ดังนั้น สิ่งแวดล้อมทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยในชุมชน นั่นคือ หากสิ่งแวดล้อมในสังคมมีความเอื้ออำนวย ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่าง

กลมกลืนมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นลบ ก็อาจทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ トラบาบและการรังเกียจทางสังคมเพิ่มขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการสนับสนุนให้ชุมชนระดับท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น เผยแพร่และให้ข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่มีในชุมชน เพื่อให้เห็นความสำคัญของปัญหา โดยอาจให้ข้อมูลผ่านทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในชุมชน อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือการขอความร่วมมือกับหมอฟันบ้าน การที่ชุมชนได้เข้าใจสภาพปัญหาและข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเหล่านี้ ย่อมทำให้คนส่วนใหญ่ในชุมชนได้เข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และยอมรับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาทางจิตจากในโรงพยาบาล มาเป็นการดูแลในชุมชน ช่วยให้ตราบาบและการรังเกียจผู้ป่วยทางจิตของคนชุมชนมีลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6) การผสมผสานการดูแลทางจิตเข้าสู่การดูแลระดับปฐมภูมิ (Integration into Primary Health Care) เนื่องจากความผิดปกติทางจิตจะเป็นปัญหาที่พบได้โดยทั่วไปและผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไปใช้บริการครั้งแรกในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ แต่ความผิดปกติดังกล่าวอาจยังไม่สามารถตรวจพบได้ในระดับนี้ ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจขาดความรู้และทักษะที่เพียงพอในการประเมินเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติเหล่านี้ ดังนั้น การฝึกอบรมให้บุคลากรในระดับนี้มีความรู้ ความสามารถในการค้นหาและให้การบำบัดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่พบบ่อยๆ จึงเป็นมาตรการที่สำคัญ ทั้งนี้ พบว่า บุคลากรในระดับปฐมภูมิของประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ ซึ่งได้รับการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี จะมีความสามารถในการให้บริการบำบัดรักษาแก่ผู้ที่มีปัญหาทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการที่ดีขึ้นและลดอัตราการป่วยซ้ำที่ทำให้ต้องไปรักษาตัวในโรงพยาบาล

(เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2555)

โดยสรุปได้ว่า การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ดูแลและครอบครัวจึงถือว่าเป็นเครือข่ายที่สำคัญ และเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลได้โดยตรงและดีที่สุด การสนับสนุนและส่งเสริมให้มีส่วนร่วมกันระหว่างผู้ดูแล ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต้องอาศัยการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โดยยึดหลักการในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย อีกทั้งยังสามารถช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายของประเทศได้อีกทางหนึ่งด้วย

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้านเนื่องจากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างมากในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งในที่นี้จะขอกล่าวถึง แนวคิดการดูแลในครอบครัว ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1 แนวคิดการดูแลในครอบครัว (Family caregiver)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ศึกษาได้จากแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ดังนี้ (กัลยาณี โนนินทร, 2542)

- 3.1.1 เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดี เจ็บป่วย พิกัด หรือป่วยหนัก เพื่อทุเลาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน
- 3.1.2 เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพพร้อมกัน
- 3.1.3 เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 3.1.4 เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติ และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพ และดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างมีความสุข
- 3.1.5 เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
- 3.1.6 เป็นบริการที่มีการบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างสถานบริการกับ ผู้ป่วยและครอบครัว
- 3.1.7 เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโยค่านิ่งถึงทรัพยากรที่มีอยู่

โดยสรุปการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวโดยทั่วไป ในผู้ป่วยจิตเภท มีความคล้ายคลึงกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ แต่มีความแตกต่างเฉพาะโรคจิตเภทคือ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะอาการและความรุนแรงของพฤติกรรม ที่มีผลต่อความบกพร่องในด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ผู้ดูแลจะต้องมีความอดทน มีทักษะการสังเกต รู้จักวิธีเข้าถึงตัวผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วย และตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติสามารถดูแลได้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วย

3.2 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย แต่เนื่องจากไม่มีผู้ใดให้นิยามศัพท์ของคำว่า “ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยตรงผู้วิจัยจึงขอแยกการให้ความหมายของคำว่า “ผู้ดูแล” และ “ผู้ป่วยจิตเภท” ตามที่นักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Horowitz and Reinhard (1995) ได้แบ่งผู้ดูแลไว้ 2 ประเภท โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

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

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

Davis (1992) ให้ความหมายว่า ผู้ดูแล เป็นญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Orem (1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายของผู้ดูแล คือผู้ที่ต้องการให้การดูแลช่วยเหลือส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลอื่นที่ต้องการพึ่งพา

George (1996) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

อาจเป็นได้ทั้งบุคคลเพียงคนเดียว เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มบุคคล เช่น กลุ่มพี่น้อง กลุ่มเพื่อน ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ

นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ให้ความหมาย ผู้ดูแลหมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็นโรครจิตเวช โดย เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ที่เป็นโรครจิตเวชที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ที่เป็นโรครจิตเวช ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง สม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลใด

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง บุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหลาน หรือญาติของผู้ป่วยจิตเภท ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลใด ๆ

3.3 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยโรครจิตเภทโดยครอบครัวเป็นกระบวนการที่สำคัญและควรให้ความสนใจ เพราะโรครจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะที่รุนแรงและเรื้อรัง (มานอนช หล่อตระกูล, 2555) บทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะต้องดูแลและประคับประคองให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัว สังคมได้อย่างปกติสุข และยาวนานที่สุด โดยได้สรุปรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.3.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันด้านต่าง ๆ มีหลักที่สำคัญคือ ผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจในกิจกรรมต่อไปนี้ คือ

- 1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย
- 2) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร
- 3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา
- 4) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยในการทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้าน
- 5) การดูแลผู้ป่วยด้านการแต่งกายผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย

ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ดูแลต้องคอยแนะนำผู้ป่วย

6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย
ไม่มีสิ่งกระตุ้นรบกวนการนอน

7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

8) การฝึกทักษะทางสังคม การปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้
แนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น

10) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ

11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนและให้กำลังใจ ผู้ดูแลต้อง
สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมถูกต้องเหมาะสม

3.3.2. การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผู้ดูแลต้องสังเกต ระวังระมัดระวัง
อันตรายต่างๆที่อาจเกิดขึ้นทั้งกับตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว หรือบุคคลอื่นใน
สังคม จากพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง ตลอดจนพฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดเดาได้ของผู้ป่วย

3.3.3 การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and
psychological support) การดูแลด้านจิตใจที่ผู้ดูแลต้องกระทำคือ พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วย
ยอมรับความจริงมากที่สุด การปลอบโยนให้กำลังใจ ไม่ตำหนิ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.3.4. การดูแลด้านการใช้สารเสพติด โดยคอยตักเตือน แนะนำและให้ข้อมูลที่
เหมาะสมแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับสารเสพติด ที่มีต่อโรคจิตเภท

3.3.5 การดูแลให้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแยกตัว ผู้ดูแล
ต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และชุมชน เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น การ
เล่นกีฬา กิจกรรมต่างๆของชุมชน เป็นต้น

3.3.6 การให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้ป่วย

3.3.7 การประสานงานกับองค์กรของรัฐ เพื่อขอความช่วยเหลือ

3.4 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภท การดำเนินโรคที่เรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็น
ช่วงๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะของความบกพร่องของการทำหน้าที่ต่างๆ ทางด้านร่างกาย ทางสังคมการ
ประกอบอาชีพ ความบกพร่องทางกระบวนการคิด ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (มาโนช หล่อ

ตระกูล,2555) ต้องการการการพึ่งพา จึงต้องมีผู้ดูแล เพื่อทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือ ดังนั้นผู้ดูแล จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษารวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีความเมตตาและอดทนต่อผู้ป่วย (พิเชษฐ อุดมรัตน์ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีดังนี้

1) ด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว ผู้ดูแลต้องปฏิบัติหน้าที่ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ อาจต้องใช้เวลาเกือบทั้งวันเพื่อดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลยังต้องมีบทบาทอื่นๆที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว เช่น ต้องดูแลสมาชิกคนอื่นๆ จึงทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนน้อยลง ต้องทำงานเพื่อหารายได้ในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วยควบคู่กันไป ผู้ดูแลมักอ่อนล้าจากการรับบทบาทหน้าที่มากเกินไป ผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้ดูแล เช่น นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม บางรายมีความดันโลหิตสูง (รุจา ภูไพบูลย์, 2535; นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล,2552)

2) ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะจิตใจและอารมณ์ที่ไม่แน่นอนกับการดูแลผู้ป่วย เช่น ความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย ความกลัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย ท้อแท้ความเครียด ผู้ดูแลจึงมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (วรกช นิธิกุล, 2535; ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; Loukissa, 1995) ผลการศึกษาของ Baker (1989) พบว่า ความรู้สึกสูญเสียเศร้าโศกเสียใจคือปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วย และบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมาก หรือเครียดมาก จนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

3) ด้านสังคม ผู้ดูแลที่ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย และในขณะเดียวกันต้องรับบทบาทอื่นด้วย ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง เช่น มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกอื่นๆในสังคมเหมือนที่เคยปฏิบัติตนน้อยลงขาดเพื่อนฝูงในสังคม (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากสังคม (มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544; วันทนีย์ ล้ำเลิศ, 2558; Eakes, 1995)

4) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ประกอบกับต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงจึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ เกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเภทพบว่าครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล (นพรัตน์ ไชยชานี, 2544) ผู้ดูแลขาดรายได้ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ ดังนั้น ควรที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้มีความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลลดลง เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ต่อเนื่องมีคุณภาพ ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมช่วยลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำ

4. ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4.1 ความหมายของภาระในการดูแล

การต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานานหรือตลอดชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นจึงต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักในเกือบทุกความต้องการ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแล โดยมีผู้ให้ความหมายภาระในการดูแลไว้ดังนี้

เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2544) ให้ความหมาย ภาระการดูแล คือ ความเครียดหรือภาระที่เป็นผลมาจากการตอบสนองหลายมิติของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ดูแล มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การดูแลแบ่งเป็น 1) ภาระเชิงอัตวิสัย เป็นภาระที่เป็นรูปธรรมอันเป็นผลเนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อชีวิตส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลงบทบาทความมากน้อยของกิจกรรมการดูแล และ 2) ภาระเชิงจิตวิสัย เป็นความคิดความรู้สึกหรือความกังวลอันเป็นผลมาจากการรับรู้ของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ การให้การดูแล ซึ่งมักแสดงออกโดยทัศนคติและอารมณ์

George and Gwyther (1986) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึงความยากลำบากและรบกวนสุขภาพร่างกายจิตอารมณ์ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยซึ่งคล้ายกับความหมายของ

Platt (1985) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นปัญหา ความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย หรือเหตุการณ์ที่มีผลต่อการดำเนินการของบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับความหมายของ (Poulshock and Demling, 1984) ที่ให้ความหมายว่า ภาระยังเป็นการรับรู้ถึงผลอันไม่พึงปรารถนาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยและภาระการดูแลนั้นเกิดขึ้นจากความต้องการ เวลา แรงงาน ในการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ

Thompson et al.(1993) ที่กล่าวถึงภาระว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่องานการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ในการดูแล หากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแล และมีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือมาก จะมีภาระน้อย แต่ถ้าผู้ดูแลประเมินว่า เกินความสามารถของตนเองมีแหล่งสนับสนุนไม่เพียงพอจะทำให้เกิดภาระมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ทีปประพิณ สุขเขียว (2543) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทพบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม

Montgomery et al., 1985 ได้ให้ความหมายภาระของผู้ดูแลว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแลโดยมีผลมาจากงาน ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแบ่งภาระเป็น 2 มิติ ดังนี้

1) ภาระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึก ทศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือดร้อน อับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ

2) ภาระเชิงปรนัย เป็นเหตุการณ์ที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน มีความลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้น มีความอิสระลดลง สำหรับสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ผู้วิจัยสนใจศึกษาแนวคิดภาระในการดูแล (Caregiver burden) ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ที่ให้ความหมาย ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเดือดร้อนความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาระหรือปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยแบ่งภาระออกเป็น 2 มิติคือ

1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง ความรู้สึกทุกขใจในการดูแลผู้ป่วย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน เป็นความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เป็นการรับรู้เกี่ยวกับดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีอิสระในสังคมลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงไป เกิดปัญหาด้านสุขภาพ

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยการรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการในการให้การดูแลของผู้ดูแล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้ดูแล

1) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา อาจมีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลได้ จากการศึกษาของ Doombos (2002) ที่ศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนแปลง กิจกรรมในสังคมและการพักผ่อนน้อยลง

2) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องทางสายเลือดโดยตรงจะมีภาระการดูแลผู้ดูแลที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทางสายเลือด ซึ่งเป็นไปได้ว่าความผูกพันทางสายเลือดจะทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย (รจนา ปุณโณทก, 2550) ความผูกพันทางอารมณ์การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shelves, 1986)

3) รายได้ของครอบครัว รายได้ของครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึง

พอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem,1985; Montgomery et al.,1985) รายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีรายได้มากจะรับรู้ภาระการดูแลน้อย เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยต้องมีค่าใช้จ่าย ค่ารักษา ค่าเดินทางมาโรงพยาบาล รายได้เป็นแหล่งสำคัญที่จะช่วยให้การเผชิญปัญหาผ่านไปได้ และช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงแหล่งสนับสนุนอื่นๆ รวมทั้งความคล่องตัวในการบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วย (ขนาน หัสศิริ, 2537; ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544; รจนา ปุณโณทก, 2550; Montgomery et al., 1985; Chien et al.,2007)

4) อายุ อายุของผู้ดูแลที่แตกต่างกันจะทำให้การรับรู้ภาระต่างกัน (Lefley, 1987; Cook et al., 1994) มีการศึกษา พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีภาระในการดูแลน้อย (Montgomery et al., 1985) และจากการศึกษาในผู้ดูแล จำนวน 15 คน ซึ่งเป็นมารดาอายุระหว่าง 45 - 62 ปี ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มารดาที่มีอายุน้อยมีภาระมากกว่า มารดาที่มีอายุมากกว่า (Greenberg et al., 1993) อาจเนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหา ผู้ที่มีอายุมากกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่า เพราะความสามารถในการแก้ไขปัญหาของบุคคลจะพัฒนาขึ้นจนค่อนข้างถาวรเมื่ออายุ 30 ปี (Antonovskt, 1987) ซึ่งแตกต่าง จากการศึกษาของภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) ที่พบว่า อายุมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับภาระการดูแล และการศึกษาของ Sczufa and Kuiper (1999) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์ และภาระการดูแลของญาติ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 50 คน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รจนา ปุณโณทก (2550) ที่พบว่า ระยะเวลาการดูแลกับภาระการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กัน

5) จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ครอบครัวที่มีสมาชิกน้อยเพียง 1-2 คน จะมีภาระน้อยกว่าครอบครัวที่มีสมาชิก 3-8 คน (Crotty and Kuly, 1986) เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำหน้าที่ในการดูแลเฉพาะแต่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังต้องหน้าที่ดูแลสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวด้วย (Thompson and Doll, 1982)

6) ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท Lim และ Ahn (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ และส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย และเมื่อให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้เผชิญปัญหาในการดูแลได้ดีขึ้น เป็นผลให้การรับรู้ภาระใน

การดูแลลดลง กล่าวได้ว่าความรู้สึ่งต่อการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล (Montgomery, stull and Borgatta, 1985)

7) การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะของผู้ดูแล เป็นการรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ของบุคคล การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียด บรรเทาความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต เช่น การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่น จะช่วยลดภาวะของผู้ดูแล (Crotty and Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอันได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุศึกษาแก่ผู้ดูแล ช่วยลดภาวะของผู้ดูแล เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหาได้ (Montgomery et al., 1985)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1) พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมของอาการทางบวกและอาการทางลบรวมทั้งระดับของความรุนแรงของอาการจะส่งผลกระทบต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล (Awad and Voruganti, 2008) ดังเช่นการศึกษาของ Durmaz and Okanli (2014) ศึกษาการตรวจสอบหาความจริงผลของระดับความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลมีประสบการณ์ที่ยุ่ยากในการให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 33.9 ไม่เชื่อฟัง ร้อยละ 4.8 มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ร้อยละ 32.3 มีปัญหาในการสื่อสาร ร้อยละ 16.1 และปฏิเสธการรักษา ร้อยละ 12.9 ไม่เชื่อฟังผู้ดูแล ร้อยละ 4.8

2) ความเกี่ยวข้องกับผู้ดูแล ครอบครัวและผู้ดูแลเป็นแหล่งช่วยเหลือสำคัญของผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องดูแลและเกื้อกูลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยจึงส่งผลกระทบต่อภาวะในการดูแล (Cook et al., 1994; Lefley, 1987) จากการศึกษาของ Davis (1992) ที่ทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมักเป็น มารดา ภรรยา รองลงมาคือบุตรสาว พี่ และ น้อง ในขณะที่ บิดา สามี และ บุตรชาย จะเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน Chesla (1991, cited in Provencher, 1997) กล่าวว่า มารดาจะรับรู้การดูแลบุตรที่ป่วยว่าเป็นเรื่องปกติเพราะเป็นบทบาท

3) ระยะเวลาการเจ็บป่วย สะท้อนถึงความเรื้อรังของโรคเพราะผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งต้องได้รับยา เป็นระยะเวลายาวนานและต่อเนื่องตามแนวทางการรักษาโรค เช่นผู้ป่วยที่รับบริการครั้งแรก หลังอาการทุเลาต้องให้ยาต่ออีกประมาณ 1 ปี หากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่ 2 จะให้ยาต่ออีก 5 ปี และถ้าเป็นบ่อยกว่าจะจะต้องใช้ยาตลอดไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจัดกระทำกับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเป็นปัจจัย สำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะของผู้ดูแล เป็นแหล่งประโยชน์ช่วยให้สามารถปรับตัวต่อความเครียดจาก เหตุการณ์ในชีวิต หากผู้ดูแลสามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือ จะสามารถปรับตัว เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ การรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกันมีความใกล้ชิดผูกพันทำให้บุคคล เกิดความรู้สึกมั่นคง รับรู้และคาดหวังว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุน ทางสังคมจะรับรู้ภาวะการดูแลในระดับต่ำ ดังนั้นปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจึงสามารถ ทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีที่สุด (Chien, Chan and Morrissey ,2007)

4.3 การประเมินภาวะในการดูแล

จากการศึกษาพบว่ามามีวิธีการประเมินภาวะจากการดูแลดังนี้

1) Zarit Burden Interview (ZBI) เป็นแบบสอบถามที่ออกแบบมาเพื่อวัดภาวะของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ของ Zarit (Zarit Burden Interview : ZBI) ซึ่งแปลโดย อรวรรณ แผน คง มีค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87 ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลโรคทางกายมี องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบคือความเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และ เจตคติไม่แน่นอน ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาคุณสมบัติทางจิตวิทยาของแบบประเมิน ZBI ในผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวชไทย

2) Oberst (1991) แบบประเมินภาวะในการดูแล โดยประเมินจากผลลัพธ์ของการจัด การทำการดูแลว่าควรสนใจทั้งปริมาณเวลาหรือปริมาณความต้องการในการดูแล แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึง กิจกรรมการดูแลซึ่งมีความยากลำบากในการทำ กิจกรรมการดูแล วัดจากความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม ภาระเชิงปรนัย (Objective

burden) หมายถึง กิจกรรมการดูแลซึ่งมีปริมาณความต้องการในการดูแล (Demand) วัดจาก ปริมาณเวลาที่ใช้ทำกิจกรรมดูแลแต่ละกิจกรรม

3) Pai and Kapur (1981) แบ่งภาระเป็น 2 ด้าน คือ ภาระที่มีอยู่จริง (Objective burden) เป็นความยุ่งยาก หรือปัญหาที่เกิดจากงานหรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ที่สามารถ วัดและประเมินได้อย่างชัดเจน 24 ข้อ และภาระตามความรู้สึก (Subjective burden) เป็น ความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อการดูแลผู้ป่วย 1 ข้อ และแบ่งภาระเป็น 6 ด้าน ตามผลกระทบที่เกิดขึ้น ได้แก่ 1) ด้านเศรษฐกิจการเงิน 2) ด้านการรบกวนต่อกิจวัตรประจำ วันของครอบครัว 3) การรบกวนเวลา และความมีอิสระของผู้ดูแล 4) การรบกวนปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว 5) ผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย และ 6) ผลกระทบด้านจิตใจ

4) Martyns-Yellow (1992) ได้นำแบบวัดของ Pai and Kapur (1981) มาดัดแปลงใน การศึกษาถึงภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และพบว่า ภาระมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผิดปกติ ทางจิตของผู้ป่วย และการศึกษาของ Reinhard (1994) พบว่า ผู้ดูแลมีภาระเชิงประนีมากที่สุดคือ ความเป็นส่วนตัวลดลง มีความขัดแย้งในครอบครัว และมีผลกระทบกับกิจวัตรประจำวัน ตามลำดับ ส่วนด้านภาระเชิงอัตนัยพบว่า ผู้ดูแลวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตสูงสุด รู้สึกสูญเสีย รู้สึกเป็นตราบาป และเหมือนติดกับดัก ตามลำดับ

5) Montgomery et al. (1985) แบ่งภาระในการดูแลเป็น 2 มิติ คือ

1. ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึก ทศนคติ ปฏิกริยาตอบสนอง ทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดียดร้อ้น อับอาย ความโกรธ ความ กังวล ความรู้สึกเกินกำลังและความรู้สึกเหมือนติดกับ

2. ภาระเชิงประนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน เป็น ความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีการรบกวน และเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้ จ่ายเงินมากขึ้น มีความอิสระลดลงสำหรับสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

สรุปงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือประเมินภาระการดูแล ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งได้พัฒนาและประเมินภาระการดูแลออกเป็น 2 มิติ ได้แก่ภาระเชิง

อัตนัย (Subjective burden) และภาระเชิงปรนัย (Objective burden) ถูกแปลและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้ คະແນວรวมในแต่ละมิติสามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลมิตินั้นๆ ได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยประเมินภาระการดูแลตามแนวคิด Montgomery et al. (1985) ซึ่งมองภาระออกเป็น 2 มิติดังกล่าวเป็นการมองภาระที่ชัดเจนครอบคลุมมากที่สุด จึงมีความเหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้

4.4 บทบาทของพยาบาลในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

โรคจิตเภท ส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง มีอัตราการกำเริบสูง และด้วยนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันเน้นที่การดูแลโดยครอบครัวและชุมชน ครอบครัวจึงกลายเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะมีอาการทุเลาลง แต่ก็ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ตลอดระยะเวลาการดำเนินโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ดี มีความผิดปกติด้านต่างๆ เช่น ด้านพฤติกรรม การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การประกอบอาชีพ ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ จากลักษณะความผิดปกติด้านต่างๆ ดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เครียด อับอาย มีปัญหาด้านสุขภาพจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระทั้งภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรมีบทบาทในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องต่อเนื่องและมีคุณภาพ ดังนี้

1. การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและลดผลกระทบด้านลบให้น้อยที่สุด เช่น การฝึกให้ผู้ป่วยทำพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วยพฤติกรรมบำบัดในรูปแบบต่างๆ การฝึกให้ผู้ดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ให้ผู้ป่วยได้คงไว้ซึ่งทักษะทางกายภาพและการเคลื่อนไหว (Elloit,1998)

2. การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver intervention) เป็นการปฏิสัมพันธ์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาระการดูแล แบ่งออกเป็น

- 2.1 การให้ความรู้ (education) การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ข้อมูลจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ในสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ (Dunkin et al.,1998 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ, 2545) เสริมทักษะการดูแลผู้ป่วย

เกี่ยวกับอาการที่ควรเฝ้าระวัง การสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสม สำหรับการดูแลสร้างความรู้สึกความพึงพอใจ และเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ (Kasuya, 2000) ซึ่งมีการศึกษาที่สนับสนุนว่า การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถลดภาระการดูแลได้ ของ ดรุณี คชพรหม (2543) ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทผลการศึกษาพบว่ากลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

2.2 การจัดกลุ่มสนับสนุน (Support group) ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันในด้านต่างๆ จนทำให้เกิดความรักการผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ แลไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียด ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป ตัวอย่างการศึกษาของ สุณีย์ แสงดาว (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่า คะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) กิจกรรมต้องไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วย เป็นการให้ความรู้ และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาที่สมาชิกในครอบครัว (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงในสมคิด ตริราภิ, 2545)

2.4 การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (Develop family strength) สร้างความแข็งแกร่งของความรู้สึกของผู้ป่วยให้มีความพึงพอใจและเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้เป็นแนวทางในการลดภาระในการดูแล

2.5 การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา (Involving caregiver In treatment) การสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม เป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

5. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

5.1 ความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลในสังคม ประกอบด้วยโครงสร้างที่ความเกี่ยวพัน และซับซ้อน เพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึกต่อกัน ทำให้บุคคลให้ความช่วยเหลือในด้านการจัดการปัญหาต่างๆ และช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียด มีผลต่อผู้รับคือการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี เอื้ออำนวยให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้เป็นการช่วยบรรเทาความเครียดได้ ผู้รับการช่วยเหลือเกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจ ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความผาสุกทางจิตใจตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนวิถีในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ (นิรมล จิตต์จำนง, 2548)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆ ทำให้เกิดการไว้วางใจกัน ทำให้เกิดความรัก ความผูกพันดูแลเอาใจใส่ (ไพลิน ปรัชญคุปต์, 2548)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับการสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543)

House (1985) ได้ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการในที่นี้คือการมีสุขภาพดี อาจได้รับจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู ประกอบด้วยการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม เป็นการให้ข้อมูลย้อนป้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคม หรือนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพโดยฝึกทักษะในการแก้ปัญหา โดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถาม รับฟังความรู้สึก

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือ การให้คำแนะนำ (Suggestion) ข้อเสนอแนะแนวทาง การให้คำปรึกษา (Advice) ให้ข้อมูลโดยตรงต่อบุคคลนั้นๆ ที่จะทำให้สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) คือ ให้การช่วยเหลือในรูปแบบวิธีการต่างๆ เช่น การช่วยเหลือด้านการเงิน การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ให้เวลา ให้แรงงาน การช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการ จากแหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน

5.2 ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (1985) ได้แบ่งระดับ การสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วมในชุมชน กับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตในชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ฯลฯ

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดเหมือนญาติ

3. ระดับแคบ หรือระดับลึก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักและห่วงใย มีการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวหรือคนรักซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์

5.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมมีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติย ทั้งด้านโครงสร้างการทำหน้าที่และด้านความพึงพอใจ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในการติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Brant and Wienert, 1985; Schaefer, Coyne and Lazarus, 1981) มีองค์ประกอบได้แก่ ลักษณะของความผูกพัน วิธีที่ใช้ในการติดต่อ ระยะเวลา และขนาดของกลุ่ม (Pender, 1996)

5.4 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

5.4.1 มีหลักการคือ ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสนับสนุน ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วยข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีความเอาใจใส่และมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงจัง ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับและมีคุณค่าในสังคม ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม ปัจจัยนำเข้า อาจอยู่ในรูปของ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ (Pilisuk , 1982)

5.4.2 ประกอบด้วยกลุ่มบุคคล ซึ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมจัดไว้ 3 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท ได้แก่ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง และ ครอบครัวใกล้ชิด เช่น เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จัก ผู้ร่วมงาน พบว่าทุกวัฒนธรรมมีแนวทางปฏิบัติในการผูกมัดบุคคลในสายเลือด หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันว่าจะต้องช่วยเหลือกันเมื่อมีปัญหา หรือมีความลำบากในการดำเนินชีวิต

Rose (1997) กล่าวว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช เช่น คู่สมรส บุตร หรือ ครอบครัวเดิมของผู้ป่วยเช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ มีหน้าที่ที่จะต้องช่วยเหลือด้านสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย

Horwitz, Reinhard, and Howell-White (1996) ได้ศึกษาตามแนวคิดทางสังคมที่เรียกว่าระบบอุปถัมภ์แบบต่างตอบแทน (Reciprocal) เป็นการสนับสนุนทางสังคมในแง่ของการแลกเปลี่ยนตอบแทนซึ่งกันและกัน คือถ้าบุคคลช่วยทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นบุคคลนั้นจะได้รับความช่วยเหลือเป็นการตอบแทน เมื่อบุคคลนั้นรู้สึกเดือดร้อน จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ หากทำประโยชน์กับผู้อื่นมากบุคคลนั้นก็จะได้รับการช่วยเหลือมาก

2) องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกัน เป็นกลุ่ม สมาคม หรือชมรม ซึ่งไม่ใช่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ ตัวอย่างเช่น สมาคมผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน กลุ่มสตรีแม่บ้าน ชมรมคนรักสุขภาพ เป็นต้น โดยมีความสนใจที่จะช่วยเหลือ ผู้ที่ประสบความเดือดร้อนยุ่งยาก เช่น The National Association of Psychiatric Survivors (NAPS) เป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของ

U.S.A. ภารกิจส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ให้ความรู้และให้การช่วยเหลือผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ (Lefley, 1993)

3) กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริมป้องกันรักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดย

Rose (1997) มีแนวคิดว่าบุคลากรในทีมจิตเวชมีความสำคัญในการลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้าน ด้วยวิธีการให้ข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์และเหมาะสม กับความรู้ของผู้ดูแล บุคลากรทางวิชาชีพที่มีทัศนคติที่ดีกับผู้ดูแลและผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้และ รู้สึกชื่นชมเกิดความสนใจในคำแนะนำ

Brant and Weinert (1985) กล่าวว่า ในบุคคลแต่ละคนนั้นมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม 11 แหล่งด้วยกัน คือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ มิตรสหาย เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน พระหรือนักบวช บุคลากรทางด้านสุขภาพ หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน รวมถึงบุคคลที่มีปัญหา คล้ายคลึงกัน

5.5 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

5.5.1 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire)

ฉบับภาษาไทยใช้วัดระดับการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย (2549) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมทั้งในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล ได้รับการทดสอบแล้วพบว่ามีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดี แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย หัวข้อใหญ่ 3 หัวข้อ คือ 1.ด้านอารมณ์ (7 ข้อ Cronbacch alpha coefficient 0.91) 2.ด้านข้อมูล ข่าวสาร (4 ข้อ Cronbacch alpha coefficient 0.88) 3.ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ (5 ข้อ Cronbacch alpha coefficient 0.87) รวม 16 คำถาม

5.5.2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ คือการประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางด้านสุขภาพโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ซึ่ง Boonyamalik (2005) ได้ทำการแปลเป็นภาษาไทย โดยผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยอย่างครบถ้วนเพื่อใช้ประเมินการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง

ในช่วง 1 เดือน ซึ่งประกอบด้วยคำถาม ทั้งหมด 12 ข้อ คำถามแต่ละข้อ ประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Likert scale) 6 อันดับ

5.5.3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งใช้แนวคิดของ House (1981) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ตลอดเวลา ถึงไม่เป็นจริงเลย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนทางวัตถุ (การสนับสนุนด้านทรัพยากร) จำนวน 4 ข้อ การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า(การสนับสนุนด้านการประเมินค่า) จำนวน 5 ข้อ และการสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ การคิดคะแนนทำได้โดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกันวิเคราะห์พิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับแบ่งเป็น 5 ช่วงดังนี้(ประคอง กรรณสูตร, 2542)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสุด

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำสุด

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิด ของ House (1981) ซึ่งปรับปรุงโดยจิราพร รักการ (2549) เนื่องจากเป็นการประเมินภาวะการดูแลที่ชัดเจน ครอบคลุมมากที่สุด และมีความเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาให้มีชุมชนเป็นส่วนร่วม และนำไปตรวจสอบคุณภาพหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยรวมเท่ากับ 1 และสามารถแยกเป็นรายด้านคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านทรัพยากร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เท่ากับ 1 และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกบ จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้หาความเชื่อมั่นของการตอบแบบวัดและคำนวณหาความเที่ยงของแบบวัดการสนับสนุน

ทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82

5.6 การสนับสนุนทางสังคมกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการศึกษาที่สอดคล้องกับแนวคิดของนักวิชาการหลายท่าน ที่กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการช่วยให้บุคคลสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะช่วยให้ผู้ดูแลใช้กลวิธีจัดการกับปัญหา อย่างมีประสิทธิภาพ (Antonovsky, 1982 ; Lazarus and Folkman, 1984) การถูกปฏิเสธไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การปฏิเสธจากเครือข่าย ไม่ได้รับการยอมรับเท่าที่ควร ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทแยกตัวจากสังคมอยู่อย่างหลบๆ ซ่อนๆ มีปัญหาเรื่องการปรับตัวในการทำหน้าที่บทบาททางสังคม กล่าวได้ว่าเครือข่ายทางสังคมมีผลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Angell and Test, 2002) จึงสอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.4, P < 0.01$) ดังนั้น การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวโดยนำหลักการสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม โดยเฉพาะครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จะมีความเครียดเกิดขึ้นสูง การที่ผู้ป่วยจิตเภทรักษาไม่หายขาด บางรายต้องรักษาตลอดชีวิต ครอบครัว ผู้ดูแล จึงเกิดความเครียด ความวิตกกังวล หากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาให้ถูกวิธี จะนำไปสู่การเกิดปัญหาด้านอื่นๆตามมาได้ การยอมรับทางสังคม การได้รับความรักความสนใจเอาใจใส่ การให้ความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและชุมชนนั้น เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญ ช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับบุคคล ช่วยทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวหรือเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้มีการรับรู้ภาระการดูแลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Magliano et al. (1998) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาใน 5 ประเทศของทวีปยุโรป ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับของภาระการดูแล อธิบายได้ว่าผู้ดูแลและครอบครัวจะมีการรับรู้ภาระในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) คือการที่ผู้รับได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้ ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการในทันที คือการมีสุขภาพดี ซึ่งอาจได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามชนิดของการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นและลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลงได้

6. การมีส่วนร่วมของทีมสนับสนุนจากชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

6.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของประชาชนในด้านต่างๆ ได้แก่ ในการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่างๆ ด้วยความเต็มใจ (United Nations, 1981)

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่สมาชิกได้มีโอกาสร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติตามโครงการ ร่วมติดตามประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจะต้องมาจากความสมัครใจ พึงพอใจ และได้รับผลประโยชน์ที่เกิดจากชุมชนโดยส่วนรวมร่วมกัน (สัณญา เคนาภูมิ ,2551)

Cohen and Uphoff (1981) ให้ความหมาย การมีส่วนร่วม หมายถึงสมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการมีรูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วม ดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประการแรกสุดที่ต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานได้มาจากคำถามว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่งานได้บ้างและจะทำได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์ นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ที่เป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) สิ่งสำคัญจะต้องสังเกต คือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้

สรุปความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วม การตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยผสมผสานทั้ง 4 มิติ ไว้ในกิจกรรมดำเนินการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้าน ทั้ง 4 ด้าน ในลักษณะการมีส่วนร่วมของกลุ่ม ประกอบด้วยองค์กรหลัก 3 องค์กรคือ รัฐบาล ประชาชน และชุมชน ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ ชุมชนจะประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (แผนผังชุมชนรพ.สต.บ้านหนองกลางด่าน,2558) เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบริบทของชุมชน

6.2 บทบาทของทีมชุมชน

6.2.1 บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย พื้นที่ชนบท อสม. 1 คนรับผิดชอบต่อ 8-15 หลังคาเรือนพื้นที่เขตเมืองเขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด)ไม่มี อสม.เขตชุมชนแออัด อสม. 1 คนต่อ 20-30 หลังคาเรือน เขตชุมชนชานเมือง อสม. 1 คนต่อ 8-15 หลังคาเรือน อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชน

ในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี (พิษณุ คลังสิน, 2552; อัจฉรียา ยินดีสุข, 2551)

โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ (อาสาสมัครสาธารณสุข, 2554) ดังนี้

1. เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่ประชาชน รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ

2. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษานามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระจกหัก ข้อเคลื้อน ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4. หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนประจำหมู่บ้าน

5. เผื่อระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เผื่อระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เผื่อระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เผื่อระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเผื่อระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6. เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

7. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

8. ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

สรุป บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือเป็นผู้แจ้งข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพแก่ผู้ป่วย และครอบครัว และแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบในเรื่องเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต มีส่วนร่วมวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพและรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ นอกจากนี้ยังเป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ให้กับผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

6.2.2 บทบาทของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อาจเรียกว่า “กองทุน อบต. / กองทุนเทศบาล” นับเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย มุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนในสังคม โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชน ร่วมวางแผน และส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ สามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชน

นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้แสดงบทบาทในการสนับสนุนประชาชนในการดูแล

สุขภาพตนเอง ทั้งนี้ยังส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและการสร้างกลไกในสังคมที่จะต้องเข้ามา ร่วมกันแก้ปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพให้ลุล่วง

6.3 บทบาทของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ไม่หายขาด ผู้ป่วยจะมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ ส่งผลให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อมลง ส่งผลให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นเวลานาน (มาโนช หล่อตระกูล, 2555) และประกอบกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาตัวต่อเนื่องที่บ้าน ถ้าจำเป็นต้องรับรักษาตัวไว้ในโรงพยาบาล ก็ให้อยู่ในโรงพยาบาลสั้นที่สุด โดยให้ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยเร็ว (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545) ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อกลับไปสู่ชุมชน ผู้ป่วยหรือญาติไม่เห็นสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่อง คิดว่าหายแล้ว จึงไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตทางสุขภาพจิต และกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม (ศุภชัยเยียวยาพินฟูสุขภาพจิต, 2554)

กล่าวได้ว่าครอบครัวและชุมชนมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ มีผลในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย (ทศนีย์ อนันตพันธุ์ พงศ์, 2540) จากการศึกษาของ เปรมฤดี ดำรักษ์ และคณะ (2557) พบว่ากิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนเป็นรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแล และฟื้นฟูให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถช่วยเหลือตัวเองตามศักยภาพมีส่วนร่วมในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนของชุมชน มีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง

7. การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนา ตามแนวคิด ของ House (1985) ซึ่งมีเนื้อหาส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยได้เพิ่มกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิด Cohen and Uphoff (1981) ได้แก่ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบริบทของชุมชนโดยดำเนินกิจกรรมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองเป็นรายกลุ่ม ดังนี้

แนวคิดของ House(1985)	แนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981)	ผู้วิจัยบูรณาการ
<p>1.การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)</p> <p>คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม เป็นการให้ข้อมูลย้อนป้อนกลับ หรือเปรียบเทียบกับสังคม หรือนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง การเผชิญ</p>	<p>การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision - Making)</p> <p>ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ การตัดสินใจตั้งแต่ระยะแรก การตัดสินใจในช่วงของกิจกรรม และการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม</p> <p>การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ซึ่งอาจเป็นไปในรูปของการเข้าร่วม</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 สนับสนุนด้านการประเมินค่า การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้ง 4 มิติ ในการประเมินปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบทั้งในครอบครัวและปัญหาที่กระทบต่อชุมชน ชุมชน เชื่อมโยงให้เห็นว่าปัญหาการดูแลก่อให้เกิด</p>

แนวคิดของ House(1985)	แนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981)	ผู้วิจัยบูรณาการ
<p>ความเครียดอย่างมีประสิทธิ ภาพ โดยฝึกทักษะในการ แก้ปัญหา โดยนำข้อมูลหรือ แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ใน การจัดการกับปัญหา</p> <p>2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรักความ ไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้ กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถาม รับฟังความรู้สึก</p>	<p>โครงการให้มีการสนับสนุน ด้านทรัพยากรการ เข้าร่วม บริหาร การร่วมมือ ทั้งการ เข้าร่วมแรงร่วมใจ</p> <p>การมีส่วนร่วมในผล ประโยชน์ (Benefits) ไม่ว่าจะ จะเป็นประโยชน์ทาง ด้าน วัตถุ ผลประโยชน์ทางด้าน สังคม หรือประโยชน์ส่วน บุคคล</p> <p>การมีส่วนร่วมในการประ เมินผล (Evaluation) ซึ่ง นับเป็นการควบคุม และตรวจ การดำเนินกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการ ปรับตัวในการมีส่วนร่วม ต่อไป</p>	<p>ความเครียดร่วมกัน สร้างแรง จูงใจในการร่วมมือดูแลผู้ป่วย เพื่อเห็นประโยชน์ร่วมกันร่วม ตัดสินใจในการวางแผนการดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วย มอบหมายหน้าที่เพื่อการลง มือปฏิบัติและวิธีติดตาม ประเมินผล</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุน ด้านอารมณ์ ส่งเสริมทัศนคติ ที่ดีต่อบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภทด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ร่วมของชุมชนทั้ง 4 มิติใน การประเมินปัญหาด้าน อารมณ์ การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ความรู้สึก ร่วมกันตัดสินใจวางแผนการ ช่วยเหลือผู้ป่วยและวิเคราะห์ ผลประโยชน์ที่จะได้รับ ร่วมกันจากการลงมือปฏิบัติ จริง ปฏิบัติการมอบหมาย หน้าที่ผู้รับผิดชอบ ประเมิน ผลด้วยการทดลองใช้กิจกรรม</p>

แนวคิดของ House (1985)	แนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981)	ผู้วิจัยบูรณาการ
<p>3. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Informational Support) คือการให้คำ แนะนำ ข้อเสนอแนะ แนวทาง ข้อชี้แจง ข้อมูลที่สามารถ นำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่ เผชิญอยู่ได้เป็นการให้ความ ช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลใน การจัดการกับสถานการณ์นั้น</p>		<p>ที่วางแผนไว้และนำมา แลกเปลี่ยนในครั้งต่อไป</p> <p>กิจกรรมที่3 การสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยให้ ความรู้ที่จำเป็นและเป็น ปัจจุบันและกระบวนการมี ส่วนร่วมของชุมชนทั้ง 4 มิติ ในการ ประเมินปัญหาด้าน ความรู้ข้อมูล เกี่ยวกับโรคจิต เภทของผู้ดูแล กิจกรรมที่ ร่วมกันตัดสินใจจัดการกับ ข้อมูลข่าวสาร อย่างเป็น ระบบ โดยคำนึงถึงประโยชน์ ที่จะได้รับร่วมกัน มอบหมาย หน้าที่เพื่อการปฏิบัติการ และวางแผนการติดตาม ประเมินผลจากการทดลอง นำไปใช้จริงก่อนเข้าร่วม กิจกรรมครั้งต่อไป</p>

แนวคิดของ House (1985)	แนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981)	ผู้วิจัยบูรณาการ
<p>4.การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)</p> <p>คือ การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน ให้เวลา แรงงาน การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการ</p>		<p>กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้ง 4 มิติในการประเมินปัญหาการเข้าถึงทรัพยากรในชุมชน ปัญหาด้านความต้องการทรัพยากร การร่วมกันตัดสินใจวางแผนให้เกิดแหล่งทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย ผลประโยชน์ที่จะได้รับจากดูแลร่วมกัน มอบหมายหน้าที่ในการลงมือปฏิบัติการและมีแผนการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน</p>

จากการบูรณาการแนวคิดซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) ส่งเสริมให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินการให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้ง 4 มิติในการประเมินปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกในกลุ่ม และเพื่อสัมพันธภาพอันดีระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกันเอง ประเมินปัญหาโดยให้ได้ระบายความรู้สึกของผู้ดูแลและทีมชุมชน เกี่ยวกับการแลกเปลี่ยน

ปัญหาที่ต้องมีผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบ วิธีการแก้ไขปัญหาของตนเอง เชื่อมโยงให้เห็นว่าปัญหา การดูแลแล่งก่อให้เกิดความเครียดร่วมกัน สร้างแรงจูงใจในการร่วมมือดูแลผู้ป่วยเพื่อเห็นประโยชน์ ร่วมกัน ร่วมตัดสินใจวางแผนการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย มอบหมายหน้าที่เพื่อการลงมือ ปฏิบัติการ และติดตามประเมินผลโดยประเมินระยะสั้นในกิจกรรมครั้งต่อไป

ระยะเวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การดำเนินการให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกันด้วย กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้ง 4 มิติ ในการประเมินปัญหาด้านอารมณ์ โดยผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม กล่าวนำสู่การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์จากการนำวิธีปฏิบัติการของกิจกรรมที่ 1 ไปปฏิบัติจริง สมาชิกร่วมตัดสินใจสรุปประเด็น ความสำเร็จ ปัญหา และโอกาสพัฒนา หลังจากนั้นร่วมการประเมินปัญหาด้านอารมณ์ โดย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกลงดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล สมาชิกที่มาร่วมกันได้ร่วมแลกเปลี่ยน ความรู้สึกต่อผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมประสานความรู้สึกปลงความเห็นใจ แสดงความเข้าใจผู้ดูแล ผลักดันให้เกิดพลังความช่วยเหลือ ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภท เพื่อให้เกิดความรู้สึที่ดี สมาชิกร่วมกันตัดสินใจวางแผนช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจผู้ดูแล ร่วมวิเคราะห์ถึง ผลประโยชน์ที่จะได้รับการลงมือปฏิบัติจริง ดำเนินการมอบหมายหน้าที่แก่ทีมในการลงมือ ปฏิบัติ ผู้วิจัยเสริมทักษะการดูแลตนเองให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องการผ่อนคลายความเครียด ร่วมวางแผนการติดตามประเมินผล โดยติดตามระยะสั้นจากการนำแผนปฏิบัติการและทักษะการ ผ่อนคลายความเครียดไปใช้ นำมาแลกเปลี่ยนในกิจกรรมครั้งต่อไป

ระยะเวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการให้ ความรู้ที่เป็นปัจจุบันและที่มีความจำเป็นในเรื่องโรคจิตเภท หมายถึง การดำเนินการให้สมาชิกใน กลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกันด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้ง 4 มิติ โดยผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม กล่าวนำสู่การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์จากการนำวิธีปฏิบัติการของกิจกรรมที่ 2 ไปปฏิบัติจริง สมาชิกร่วมประเมินผล สรุป ประเด็นความสำเร็จ ปัญหา และโอกาสพัฒนา หลังจากนั้นให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความเข้าใจ

ของตนเองในความรู้เรื่องโรคจิตเภท ปัญหาจากอาการของผู้ป่วย อาการเตือน ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้นของตนเอง สมาชิกร่วมตัดสินใจสรุปประเด็นปัญหาด้านข้อมูล ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การเจ็บป่วยทางจิตที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน สมาชิกกลุ่มร่วมกันวางแผนปฏิบัติการ วิเคราะห์ผลประโยชน์ที่จะได้จากการลงมือปฏิบัติจริง ร่วมปฏิบัติการมอบหมายหน้าที่แก่ทีม เพื่อเป็นช่องทางในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นระบบเครือข่าย ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ร่วมวางแผนการติดตามประเมินผลโดยมอบการบ้าน ให้ทดลองปฏิบัติจริงด้วยวิธีการสื่อสารเพื่อรับข้อมูล จากช่องทางที่กลุ่มร่วมกันกำหนดและนำมาแลกเปลี่ยนในกิจกรรมครั้งต่อไป

ระยะเวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)) เป็นการให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีในชุมชน หมายถึง การดำเนินการให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกันด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้ง 4 มิติ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการนำวิธีปฏิบัติการของกิจกรรมที่3ไปปฏิบัติจริง สมาชิกร่วมประเมินผลสรุปประเด็นความสำเร็จ ปัญหา และโอกาสพัฒนา สมาชิกกลุ่มร่วมรับรู้และประเมินปัญหาด้านความต้องการทรัพยากร โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆที่ได้รับ ผู้วิจัยให้ข้อมูลแหล่งทรัพยากรในชุมชนนอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มวิธีการขอรับความช่วยเหลือเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มรับรู้ถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่สามารถใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สมาชิกกลุ่มร่วมกันตัดสินใจจัดการข้อมูล เลือกกิจกรรม และกำหนดแหล่งทรัพยากรในชุมชนในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในรูปแบบต่างๆ เช่น เงิน แรงงาน เวลา สิ่งของ ร่วมวิเคราะห์ผลประโยชน์ที่จะได้จากการลงมือปฏิบัติจริง ร่วมปฏิบัติการมอบหมายหน้าที่ แก่ทีมในการลงมือปฏิบัติจริงจนเกิดเป็นแผนการดูแลที่มีผู้รับผิดชอบกิจกรรม ที่สามารถเกิดขึ้นได้จริงในชุมชน เช่นแหล่งสนับสนุนด้าน อาชีพ ชมรมต่างๆ วางแผนการประเมินผลด้วยการประเมินระยะสั้น จากผลลัพธ์ของการมีส่วนร่วม จนได้แผนการดูแลที่เป็นรูปธรรม ชัดเจนอย่างน้อย 1 โครงการ หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่4

ระยะเวลา 90 นาที

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ดำเนินการในครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff(1981) ซึ่งชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ในทุกกิจกรรม

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัย ที่จัดกระทำต่อภาวะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมน้อยมาก ซึ่งมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

นพรัตน์ ไชยชานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 40 คน พบว่า ภายหลังได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 สัปดาห์ ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จิราพร รักการ (2549) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง กรุงเทพมหานคร กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผลการวิจัย ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รจนา ปุณโณทก (2550) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 111 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล และรายได้ของผู้ป่วย ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล คือ ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการของผู้ดูแล

อรรวรรณ ช้องตอ (2550) ศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และภาวะการดูแลของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่มีผู้ดูแลมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 40 คน การศึกษา พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม และรายด้านการใช้ ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตอาการและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ภาวะการดูแลโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย ภาวะเชิงปรนัย ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลทั้งภาวะโดยรวม และภาวะเชิงอัตนัย พบว่า ก่อนและ หลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนภาวะเชิงปรนัย หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปาณิสรา เกษมสุข (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคับประคองต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคับประคอง หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาวะการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัย ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาวะการดูแลโดยรวม ภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัย ในผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคับประคอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร (2554) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ภาวะการดูแลก่อนการทดลองโดยเฉลี่ย

ทั้งอัตนัยและปรนัยอยู่ที่ระดับปานกลางหลังการทดลองอยู่ที่ระดับน้อยและหลังการทดลองผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะเชิงอัตนัยลดลงมีภาวะเชิงปรนัยลดลงภาวะโดยรวมลดลง และคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดดูแลครอบครัวทั้งภาวะโดยรวมภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุพผา ธนิกกุล (2554) ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาหรือรับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน การศึกษาพบว่า ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ได้เข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลอง พบว่า ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทของกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการ ดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุณีย์ แสงดาว (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่ โรงพยาบาลท่าเรือ จำนวน 40 คน จับคู่สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม เพื่อพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การผ่อนคลาย การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา การให้ความรู้ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ผลการวิจัยพบว่า ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05และ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชนิษฐา สุขทอง (2554) ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 32 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับ

โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เปรมฤดี คำรักษ์ อังคณา วังทอง และอนุชิต วังทอง (2557) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานีจำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง สรุปได้เป็น 3 วงจร คือ วงจรที่ 1 เชื่อมโยงสายใย เป็นการถ่ายทอดตามเจตคติความรู้สึก ความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน วงจรที่ 2 ร้อยใจร่วมกัน เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในชุมชน วงจรที่ 3 ผูกพันต้องใจ เป็นการค้นหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน ในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมกลุ่มในการดูแลรักษาและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือตัวเองตามศักยภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สุทธิดา บัวจัน (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ภาวะการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Magliano et al. (1998) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 236 ราย ซึ่งอาศัยอยู่ใน 5 ประเทศของทวีปยุโรป ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะอธิบายได้ว่า ครอบครัวจะมีการรับรู้ภาวะในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคมและมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ และได้แนะนำว่าควรมุ่งเน้นการปฏิบัติการกับครอบครัวเพื่อเพิ่มการสร้างเครือข่ายทางสังคม และการลดความรู้สึกเป็นตราบาป

Dyck, Short and Vitaliano (1999) ได้ศึกษา ปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 70 ราย ผลการศึกษาพบว่า ทรัพยากรในครอบครัว ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะ อธิบายได้ว่า ครอบครัวจะมีการรับรู้ภาวะในระดับสูงและมีวิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคม

Lim and Ahn (2003) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเกาหลี ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะในการดูแลเชิงอัตนัย แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแล คือเสริมทักษะการใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลลดภาวะเชิงอัตนัย นอกจากนี้ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลและเพศของผู้ดูแล มีผลต่อการเผชิญความเครียดทางบวก โดยผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงและผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจะมีการเผชิญความเครียดในทางบวกมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อย นอกจากนี้ระยะเวลาในการดูแลยังมีผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลอีกด้วย

Chien, Chan and Morrissey (2007) ศึกษาเกี่ยวกับระดับการรับรู้ภาวะการดูแลจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางสังคม ครอบครัวและภาวะสุขภาพ จำนวน 103 ครอบครัว ที่คัดเลือกมาจากคลินิกจิตเวช 3 แห่งในฮ่องกง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีที่สุด

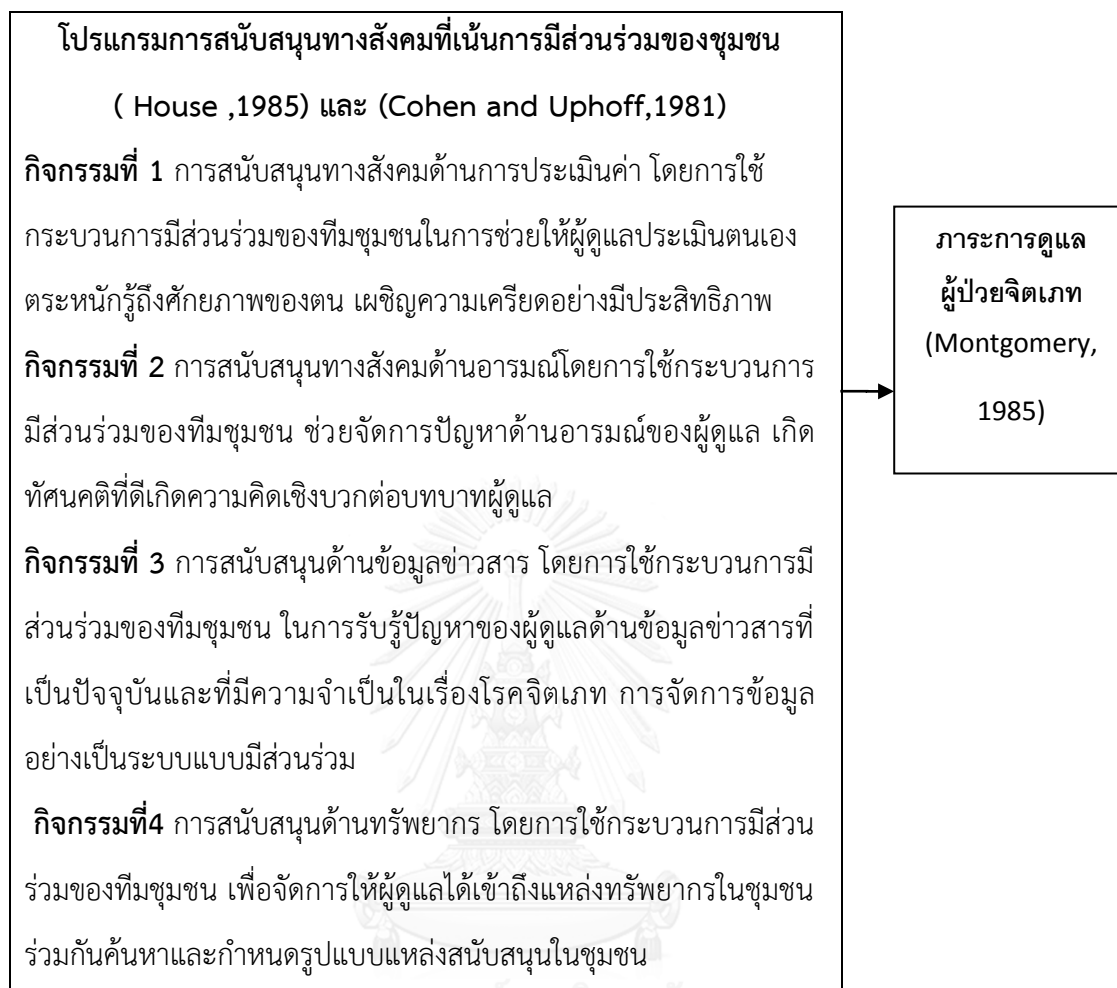
Wai-Tong Chan et al. (2007) ศึกษาการรับรู้ภาวะการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศจีน 203 ครอบครัว พบว่า ลักษณะประชากร สังคมและปัจจัยทางครอบครัว ภาวะสุขภาพ และภาวะการดูแลส่งผลต่อสุขภาพกาย จิต สังคม การเงิน การสร้างเครือข่ายทางสังคม ช่วยลดภาวะการดูแลได้ โดยพบว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ภาวะการดูแลสูง จะอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ไม่ดี สุขภาพไม่ดี และมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนทางสังคมน้อย ภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับรายได้ครอบครัวต่อเดือน และพบว่าจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคมเป็น ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแล

Yeh. et al. (2008) ศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมร้อยละ 66.1 ต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 68.2 ต้องการช่วยในการแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ด้านความรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคมและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 27.2 ต้องการการยอมรับจากสังคมร้อยละ 62.7

Devaramane (2011) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ (Brief Family Intervention) ต่อภาวะของผู้ดูแล และระดับอาการจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในประเทศอินเดีย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักจำนวน 18 ครอบครัว พบว่าการให้การสนับสนุนและการดูแลครอบครัวแบบย่อ มีผลดังนี้ ด้านผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท พบว่าสามารถลดภาระการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้านผู้ป่วยจิตเภท พบว่าอาการทางจิตทางด้านบวก อาการทางด้านลบ และอาการทางจิตโดยรวม ลดลง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Durmaz and Okanli (2014) ศึกษาการตรวจสอบหาความจริงผลของระดับความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 62 คน ผลการศึกษาพบว่าความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ($r = .26, p < .05$) และผู้ดูแลมีประสบการณ์ที่ยุ่งยากในการให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 33.9 ไม่เชื่อฟัง ร้อยละ 4.8 มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ร้อยละ 32.3 มีปัญหาในการสื่อสาร ร้อยละ 16.1 และปฏิเสธการรักษา ร้อยละ 12.9 และพบว่าความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลางแต่ระดับภาระของการดูแลอยู่ในระดับสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย



โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้ผู้ดูแลได้รับ การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร โดยการใช้กระบวนการที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทีมชุมชน ในทุกกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การปฏิบัติการ การแบ่งปันผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบริบทของชุมชน โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มประกอบด้วย 4 กิจกรรม โดยดำเนินการกิจกรรมละ 90 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) ใช้รูปแบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest control group design) (Polit and Hungler ,1999) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O1	X	O2	กลุ่มทดลอง
O3		O4	กลุ่มควบคุม

O1 หมายถึง ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

O2 หมายถึง ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

X หมายถึง โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

O3 หมายถึง ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O4 หมายถึง ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและทีมชุมชน เขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1.ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นจิตเภท ตาม ICD10ในชุมชนเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Inclusion Criteria)และ 2. ทีมชุมชนจำนวน 3 คน ประกอบด้วย 2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) 2.2 ประธาน/รองประธาน หรือตัวแทนคณะ

กรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น 2.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกและคัดออกดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ป่วยเพียงคนใดคนหนึ่ง อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย
2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลใด
3. มีอายุตั้งแต่ 20 – 65 ปี ทั้งหญิงและชาย
4. สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
5. มีคะแนนการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50 – 5.00) (สุนีย์ แสงดาว, 2554)
6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดเลือกทีมชุมชน ทำในกลุ่มทดลอง จำนวน 1 ทีม ประกอบด้วย 3 คน คือ

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อยู่หมู่บ้านเดียวกันกับผู้ให้การดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ให้การสนับสนุนกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ดูแลทุกด้าน ตามบริบทของแต่ละครอบครัว เช่น การดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย สนับสนุนด้านจิตใจผู้ดูแล จำนวน 1 คน
2. ประธาน/รองประธาน หรือตัวแทนคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ซึ่งตำบลรับผิดชอบเป็นท้องถิ่นระดับเทศบาลตำบล อยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ให้การดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทและคณะกรรมการรายนี้จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ให้การสนับสนุนกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ดูแลทุกด้าน ตามบริบทของชุมชน เช่น การดูแลผู้ป่วย การสนับสนุน ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย สนับสนุนด้านจิตใจผู้ดูแล ช่วยเหลือด้านจัดสรรงบประมาณที่จำเป็นให้กับผู้ดูแล จำนวน 1 คน
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับพยาบาลวิชาชีพ และเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในชุมชน โดยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ดูแลทั้ง 4 ด้าน เช่น การดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ดูแลให้การดูแล ผู้ป่วย สนับสนุนด้านจิตใจ

ผู้ดูแล การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย สนับสนุนแหล่งทรัพยากรให้กับผู้ดูแล จำนวน 1 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมครบตามโปรแกรม
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีโรคแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิตที่รุนแรง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะกับการวิจัยแบบทดลอง ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอให้ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติตามทฤษฎีขีดจำกัดเข้าสู่ศูนย์กลาง (Central Limit Theorem) ซึ่งมีความสำคัญในการประมาณค่าสถิติที่แน่นอน โดยกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับงานวิจัย ควรมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่สุดเท่ากับ 30 คน ซึ่งสามารถอ้างอิงถึงจำนวนประชากรได้ (John, 1995) และเพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในเขตพื้นที่เทศบาลระดับตำบล ตำบลกรับใหญ่ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ซึ่งตำบลดังกล่าวมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในพื้นที่จำนวนมาก ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอบ้านโป่ง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลกรับใหญ่ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกรับใหญ่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกลางดำน เพื่อขออนุญาตดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กำหนดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกรับใหญ่เป็นสถานที่ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกลางดำนเป็นสถานที่ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุม ซึ่งเมื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง ได้ตอบตกลงร่วมมือกับผู้วิจัยแล้ว กำหนดสถานที่สำหรับจัดอบรม คือ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกรับใหญ่ และ

ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกลางดำน เลือกทีมชุมชนตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง เพื่อขอสำรวจข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทจากทะเบียนและแฟ้มประวัติผู้ป่วยจิตเวช ในเข้าถึงผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามข้อมูลที่มีการบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ และทะเบียนผู้ป่วยจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกผู้ดูแลเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเบื้องต้น จากแฟ้มประวัติข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีผู้ดูแลในครอบครัว คือ เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง หลาน หรือญาติของผู้ป่วยจิตเภท ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย เพียงคนเดียว คนหนึ่ง ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลใด ๆ มีอายุตั้งแต่ 20 – 65 ปี ทั้งหญิงและชาย สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์เบื้องต้นแล้ว หลังจากนั้น พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์เบื้องต้น มาเข้ารับการคัดกรองด้วยแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ทำการคัดกรองมีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนภาวะการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป

3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ (Control of Extraneous Variables) โดยเลือกใช้วิธีจับคู่ผู้ดูแลในเรื่องระยะเวลาการดูแล และความเพียงพอของรายได้ซึ่งเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Montgomery, 1985) จนครบ 20 คู่ โดยแบ่งระยะเวลาการดูแลเป็นช่วงดังนี้ 1-5ปี, 6-10ปี, 11-15ปี, 16-20ปี และ มากกว่า 20ปีขึ้นไป (สุนิย์ แสงดาว, 2554) และความเพียงพอของรายได้ โดยแบ่งระยะเวลาการดูแลดังนี้ 1) เพียงพอและเหลือเก็บ 2) เพียงพอกับรายจ่าย 3) ไม่เพียงพอกับรายจ่าย 4) ไม่มีรายได้ และ 5) อื่น ๆ ระบุ (บุบผา ธนิกุล, 2554) สำหรับผู้ที่คัดกรองทั้งที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยมอบตลับใส่ยาพลาสติกเป็นของที่ระลึก

4. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดครบจำนวน 40 คน ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ระยะเวลาดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ อธิบายเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นกลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับเห็นชอบและอนุมัติในการทำวิจัยเมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2560 เลขที่ 017-2560 ผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดในการทำวิจัยแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตเข้าถึงที่ชุมชนและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และประเมินคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากประเมินแล้วจึงขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย และตอบคำถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ได้นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ โดยแสดงให้เห็นถึงการเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ ความยุติธรรม ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการแต่อย่างใด ระหว่างดำเนินการทดลอง หากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง หากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกเลิกได้โดยที่ไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบวัดภาวะในการดูแลตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985)

ปรับปรุงโดยบุบผา ธนิกกุล (2554)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ House (1981) ปรับปรุงโดยจิราพร รักษการ (2549) เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยปรับเนื้อหาให้มีชุมชนเป็นส่วนร่วม

1. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยมีขั้นตอนและตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการให้กลุ่มสนับสนุนทางสังคมของ House et al. (1985) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen and Uphoff (1981) ฝึกการทำกลุ่มบำบัดในสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ และฝึกการทำกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนด้วยตนเองในขณะปฏิบัติงาน

1.2 ค้นคว้าโดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาร่วมกับสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.3 สร้างโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน กำหนดโครงสร้างของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้านด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน 4 มิติ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ใช้กระบวนการ การมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981) ใน 4 มิติ เพื่อลดภาระจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดำเนินกิจกรรมจะเป็นรายกลุ่มแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 60- 90 นาที โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลได้ประเมินตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของตน สามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการทำบทบาทผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ทีมชุมชนเข้าใจผู้ดูแล มีส่วนร่วมคิด วางแผนการช่วยเหลือ และกำหนดหน้าที่ในช่วยเหลือผู้ดูแล

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ดูแลสามารถ

1. มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ทีมชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนข้อมูล

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถประเมินค่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย นำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน มาใช้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

3. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพได้

4. บอกความต้องการความช่วยเหลือ และยอมรับการช่วยเหลือจากทีมชุมชน

สาระสำคัญ

การส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ประเมินตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของตน การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ เรียนรู้การอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยอย่างมีความสุข ค่า โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมชุมชนเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้สำรวจปัญหาของกลุ่ม ช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักถึงศักยภาพความมีคุณค่าของตนเองและบุคคลอื่น ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย วิธีการแก้ไขปัญหาของตน ทีมชุมชนร่วมรับรู้ปัญหา แสดงการยอมรับและชื่นชม เมื่อผู้ดูแลมีวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม เมื่อกลุ่มทราบประเด็นปัญหา สมาชิกกลุ่มร่วมกันตัดสินใจจัดลำดับความสำคัญและปฏิบัติการจัดการกับปัญหา โดยการประเมินค่าสถานการณ์แบ่งปันข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมี และชุมชนมีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา ส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย กำหนดหน้าที่ผู้ดูแลเองเพื่อแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. คู่มือสำหรับผู้ดูแลและผู้นำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ใบงานที่ 1/1 ประเมินค่าของสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. ใบงานที่ 1/2 วิธีจัดการกับปัญหาเชิงบวก
4. ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้เกี่ยวกับการประเมินค่าสถานการณ์
5. ใบความรู้ที่ 1/2 วิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ
6. ใบงานที่ 1/3 การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ต้องการ
7. ดินสอ ปากกาเคมี กระดาษฟลิปชาร์ต

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มตัวอย่าง ด้วยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ด้วยการให้จับคู่กัน แลกเปลี่ยนข้อมูลส่วนตัวหลังจากนั้นให้แนะนำตัวและบอกสิ่งที่ประทับใจที่สุดต่อคู่ของตนทีละคนแก่สมาชิกในกลุ่ม สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร
2. ผู้วิจัยแนะนำทีมชุมชนให้ผู้ดูแลได้รู้จัก ชี้แจงให้ผู้ดูแลทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ
3. ผู้ดูแลประเมินค่าของสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผ่านมุมมองของตน แลกเปลี่ยนพฤติกรรมที่แสดงต่อผู้ป่วย และผลที่ได้รับในลักษณะต่างๆต่อสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามใบงานที่ 1/1
4. ผู้วิจัยสรุปประเด็น จากที่ผู้ดูแลได้ประเมินค่าของสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการเผชิญความเครียดด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพเป็นอย่างไรบ้าง
5. ผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องการประเมินค่าสถานการณ์ที่เหมาะสม ตามใบความรู้ที่ 1/1 และตามใบความรู้ที่ 1/2 วิธีจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ
6. ผู้วิจัยชวนให้กลุ่มตัวอย่าง ฝึกทักษะจัดการกับปัญหาเชิงบวก ตามใบงานที่ 1/2
7. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้กลุ่มตัวอย่างสร้างเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกันวางแผนลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยชุมชนเข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย ใบงานที่ 1/3
8. การมอบหมายการบ้านให้ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ด้วยวิธีจัดการกับปัญหาด้วยการติดบวก จดบันทึกเรื่องราวสถานการณ์ปัญหาที่ผ่านเข้ามา และสามารถผ่านวิกฤตต่างๆ ไปได้ด้วยวิธีจัดการกับปัญหาอย่างไร นำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มและนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

โดยประเมิน การสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือ ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็น ซักถามปัญหาต่างๆ ขณะร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลสามารถประเมินตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง สามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการทำบทบาทผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ กำกับการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยแบบประเมิน check list

กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย ความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยและยอมรับบทบาทผู้ดูแลอย่างเต็มใจ

2. ทีมชุมชนรับรู้ปัญหาและเข้าใจในผลกระทบด้านอารมณ์ จากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รับรู้ร่วมกันว่า การเจ็บป่วยทางจิต มีปัญหาเฉพาะของครอบครัว แต่มีผลกระทบต่อชุมชนด้วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลบอกเหตุผลที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ผู้ดูแลบอกความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย
3. ผู้ดูแลและทีมชุมชนแสดงทัศนคติที่ดีต่อการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. ผู้ดูแลปฏิบัติตามกิจกรรม วิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง
5. ผู้ดูแลและทีมชุมชนร่วมกันวางแผน กำหนดแผนการดูแลด้านจิตใจให้แก่ผู้ดูแลที่เกิดจาก

ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

การส่งเสริมทัศนคติที่ดีเกิดความคิดเชิงบวกต่อบทบาทผู้ดูแล โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมชุมชน ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ทีมชุมชนได้ร่วมแลกเปลี่ยนความรู้สึกต่อผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อรับรู้ปัญหาด้านอารมณ์ สมาชิกร่วมประสานความรู้สึกปลงความเห็นใจ แสดงความเข้าใจผู้ดูแลผลักดันให้เกิดพลังความช่วยเหลือ ข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภท เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกันตัดสินใจวางแผนช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจผู้ดูแล สมาชิกกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ

จากการลงมือปฏิบัติการจริง ดำเนินการมอบหมายหน้าที่แก่ทีมชุมชน ผู้วิจัยเสริมทักษะการดูแลตนเองให้กับผู้ดูแลในเรื่องการผ่อนคลายความเครียด การเลือกใช้วิธีคลายเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมาชิกในกลุ่มได้ฝึกปฏิบัติเทคนิคผ่อนคลายความเครียด ร่วมกันวางแผนการติดตามประเมินผล ระยะสั้นจากการทดลองนำแผนการดูแลและทักษะการผ่อนคลายความเครียดไปใช้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. คู่มือสำหรับผู้ดูแลและผู้นำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบงานที่ 2/1 เหตุผลและความคาดหวัง ในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบงานที่ 2/2 ความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ใบงานที่ 2/3 บทบาท และความต้องการของญาติและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้สึกและการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท
6. ใบความรู้ที่ 2/2 บทบาทของญาติและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ใบความรู้ที่ 2/3 วิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง
8. ดินสอ ปากกาเคมี กระดาษฟลิปชาร์ต

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นเป็นมิตร เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายชวนพูดคุยถึงเรื่องทั่วไป แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม กล่าวนำสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการนำวิธีปฏิบัติการของกิจกรรมที่1ไปปฏิบัติจริง ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแลและทีมชุมชนร่วมกันแสดงความชื่นชม และความปรารถนาดีต่อกัน
3. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและทีมชุมชนร่วมกันบอกถึงเหตุผลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ตามใบงานที่2/1 ผู้วิจัยสรุปความสำคัญในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำใบงานที่2/2 เรื่องความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และอภิปรายเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามใบงานที่2/2
6. ผู้วิจัยบอกผู้ดูแลแต่ละคนถึงระดับภาวะจากการดูแลที่ผู้ดูแลได้ประเมินไว้ก่อน

หน้าเข้าร่วมกิจกรรมว่าอยู่ในระดับใดและเกี่ยวเนื่องกับความรู้สึกที่มีต่อบทบาทการดูแลอย่างไร

7. ผู้วิจัยสรุปประเด็นและให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแล รวมถึงภาระการดูแลตามใบความรู้ที่ 2/1
8. ผู้วิจัยบรรยายบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 2/2 แก่ผู้ดูแล และทีมชุมชน
9. ผู้วิจัย ทีมชุมชนและผู้ดูแล ร่วมอภิปรายตามใบงานที่ 2/3 ร่วมตัดสินใจเลือกประเด็นปัญหาด้านอารมณ์ที่สำคัญ เพื่อวางแผนการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจผู้ดูแล วิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับร่วมกัน มอบหมายหน้าที่แก่ทีมชุมชนในการลงมือปฏิบัติ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลได้เข้าใจ ยอมรับและมีทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
10. ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่าง ฝึกวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง ตามใบความรู้ที่ 2/3
11. มอบหมายการบ้านกลับไปฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง ด้วยการฝึกหายใจกำหนดให้ทำทุกวัน และนำมาแลกเปลี่ยนกับกลุ่มพร้อมกันนัดหมาย วัน เวลา ทำกิจกรรม ครั้งที่ 3

การประเมินผล

โดยประเมิน จากการสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือ ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็น ซักถามปัญหาต่างๆ ขณะร่วมกิจกรรม และร่วมฝึกทักษะตามกิจกรรมดำเนินการ ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความเข้าใจถึงความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยและยอมรับบทบาทผู้ดูแลอย่างเต็มใจ กำกับการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยแบบประเมิน check list

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน
2. ทีมชุมชนรับรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย วางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลในกรณีผู้ป่วยมีปัญหารุนแรง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลสามารถบอกข้อมูล ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลที่จำเป็น
2. ผู้ดูแลบอกถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวชและการดูแลเบื้องต้น
3. ผู้ดูแลบอกความต้องการความช่วยเหลือ และยอมรับการช่วยเหลือจากชุมชน

สาระสำคัญ

การให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันและที่มีความจำเป็นในเรื่องโรคจิตเภท เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมชุมชน โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความเข้าใจของตนเองในความรู้เรื่องโรคจิตเภท ปัญหาจากอาการของผู้ป่วย อาการเตือน ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้นของตนเอง สมาชิกกลุ่มร่วมกันตัดสินใจสรุปประเด็นปัญหาด้านข้อมูล ให้ความรู้เรื่องการเจ็บป่วยทางจิตที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน สมาชิกกลุ่มร่วมกันวางแผนการดูแลในประเด็นปัญหาด้านข้อมูล วิเคราะห์ผลประโยชน์ที่จะได้รับร่วมกันจากการลงมือปฏิบัติจริง ปฏิบัติการมอบหมายหน้าที่เป็นระบบเครือข่ายเพื่อช่วยเพิ่มสมรรถนะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย สมาชิกกลุ่มร่วมกันวางแผนการติดตามประเมินผลโดยประเมินผลระยะสั้น มอบการบ้านให้ทดลองปฏิบัติจริงจากแนวทางการดูแลที่สมาชิกในกลุ่มร่วมกันกำหนด และนำมาแลกเปลี่ยน ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. คู่มือสำหรับผู้ดูแลและผู้นำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบงานที่ 3/1 อาการและการรักษาของโรคจิตเภท
3. ใบงานที่ 3/2 อาการข้างเคียงจากยารักษาโรคและการดูแลเบื้องต้น
4. ใบความรู้ที่ 3/1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท
5. ใบความรู้ที่ 3/2 ความรู้เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช อาการข้างเคียงและการดูแลเบื้องต้น
6. ใบงานที่ 3/ 3 ความต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วม
7. ดินสอ ปากกาเคมี กระดาษฟลิปชาร์ต

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มตัวอย่าง และความสัมพันธ์อันดีของสมาชิกในกลุ่ม สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน ทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป
2. ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มในครั้งนี้

ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ กล่าวนำสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการนำวิธีปฏิบัติการของกิจกรรมที่ 2 ไปปฏิบัติจริง แสดงความชื่นชมผู้ดูแลที่นำไปปฏิบัติและนำมาแลกเปลี่ยน ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญ

3. ผู้ดูแลและทีมชุมชน แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามใบงานที่ 3/1

4. ผู้ดูแลและทีมชุมชน ร่วมสรุปประเด็นปัญหาอาการผิดปกติและการดูแลเบื้องต้น ผู้วิจัยบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลที่จำเป็น ตามใบความรู้ที่ 3/1

5. ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนถึงอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคและการดูแลเบื้องต้น ตามใบงานที่ 3/2

6. ผู้วิจัยสรุป และบรรยาย อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาโรคจิต วิธีการดูแลเบื้องต้น ตามใบความรู้ที่ 3/2

7. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยสร้างเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับชุมชน ชุมชนร่วมวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแล ใบงานที่ 3/3

8. มอบการบ้าน ให้ทดลองปฏิบัติจริง จากช่องทางที่กลุ่มร่วมกันกำหนดและนำมาแลกเปลี่ยน นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

การประเมินผล

โดยประเมินจาก การสังเกตพฤติกรรมความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ ขณะร่วมกิจกรรมของสมาชิกกลุ่มในเรื่องเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน และบันทึกการกำกับการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยแบบประเมิน check list

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support))

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รับรู้ถึงแหล่งทรัพยากรและวิธีการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งทรัพยากรที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ทีมชุมชนมีส่วนร่วมคิดและวางแผนสร้างแหล่งสนับสนุนแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ดูแลสามารถ

1. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงแหล่งทรัพยากรที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆในชุมชน
2. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงวิธีการขอรับความช่วยเหลือ
3. ผู้ดูแลร่วมคิดกับทีมชุมชนวางแผนสร้างแหล่งสนับสนุนในชุมชนในการช่วยเหลือผู้ดูแล

และผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

สาระสำคัญ

การให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีในชุมชน เป็นการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับรู้ถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่สามารถใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมชุมชน เริ่มจากสมาชิกกลุ่มร่วมรับรู้และประเมินปัญหาด้านความต้องการทรัพยากร โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆที่ได้รับ ให้ข้อมูลแหล่งทรัพยากรในชุมชนนอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่ม วิธีการขอรับความช่วยเหลือ สมาชิกกลุ่มร่วมกันตัดสินใจจัดการปัญหาด้านข้อมูล เลือกกิจกรรม และกำหนดแหล่งทรัพยากรในชุมชนในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบต่างๆ ร่วมวิเคราะห์ผลประโยชน์ที่จะได้จากการลงมือปฏิบัติจริง ปฏิบัติการมอบหมายหน้าที่ แก่ทีมชุมชน ในการลงมือปฏิบัติจริง มีแผนการดูแลที่สามารถเกิดขึ้นได้จริงในชุมชน เช่นแหล่งสนับสนุนด้านอาชีพ ชมรมต่างๆ วางแผนการประเมินผลด้วยการประเมินระยะสั้น จากผลลัพธ์ของกิจกรรมการมีส่วนร่วมจนได้แผนการดูแลที่เป็นรูปธรรม ชัดเจนอย่างน้อย 1 แผนงาน เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลทั้งภาระด้านปรณัยและด้านอัตรันยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีในชุมชนและที่เคยได้รับการช่วยเหลือวิธีการขอรับความช่วยเหลือทำอย่างไร
2. ใบงานที่ 4/2 ความต้องการความช่วยเหลือจากชุมชน
3. ใบความรู้ที่ 4/1 แหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งช่วยเหลือด้านจิตใจในชุมชน
4. ใบความรู้ที่ 4/2 วิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ
5. คู่มือสำหรับผู้ดูแลและผู้นำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. ดินสอ ปากกาเคมี กระดาษฟลิปชาร์ท
7. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ดูแลทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ ด้วยบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นกันเองผ่อนคลาย
2. ผู้วิจัยนำสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการนำวิธีปฏิบัติการของกิจกรรมที่3ไปปฏิบัติจริง สมาชิกร่วมประเมินผลสรุปประเด็นความสำเร็จ ปัญหา และโอกาสพัฒนา
3. ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนข้อมูลแหล่งสนับสนุน และวิธีการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ตามใบงานที่ 4/1
4. ผู้ดูแลและทีมชุมชน ร่วมอภิปราย แหล่งทรัพยากรในชุมชนนอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับจากผู้ดูแล และวิธีการสื่อสารขอรับความช่วยเหลือ
5. ผู้วิจัยให้ข้อมูล แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิธีการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ตามใบความรู้4/1
6. ผู้ดูแลและทีมชุมชน ร่วมคิดแผนการช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นสนับสนุนแหล่งทรัพยากรที่สามารถเกิดขึ้นได้จริงในชุมชน ใบงานที่4/2
7. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและทีมชุมชน ร่วมกันอภิปรายและทบทวนถึงข้อมูลกิจกรรมทั้งหมดที่ได้เรียนรู้ ทั้ง 4 กิจกรรม รวมทั้งความรู้สึที่ได้ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญและให้ผู้ดูแลทำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม(กำกับการทดลอง) และนัดหมายเพื่อประเมิน post-test ภายหลังกิจกรรม 1 สัปดาห์
8. ผู้วิจัยบอกถึงการสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน สิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกล่าวขอบคุณและยุติกลุ่ม

การประเมินผล

โดยประเมินจาก การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ ขณะร่วมกิจกรรมของสมาชิกกลุ่ม สามารถขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งทรัพยากรที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆ และบันทึกการกำกับการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยแบบประเมิน check list

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่4 สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและทบทวนถึงข้อมูลกิจกรรมทั้งหมดที่ได้เรียนรู้ สัมพันธภาพและทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล วิธีการผ่อนคลายความเครียด การประเมินศักยภาพตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหา ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน

ข้อมูลแหล่งทรัพยากร การขอความช่วยเหลือ ประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งความรู้สึกที่ได้ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมแรกจนถึงกิจกรรมสุดท้าย พร้อมกับให้ผู้ดูแลทำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม(กำกับการทดลอง) และนัดหมายเพื่อประเมิน post-test ภายหลังดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ บอกลถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกล่าวขอบคุณ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของโปรแกรมที่สร้างขึ้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งประกอบด้วย แผนการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และคู่มือสำหรับผู้ดูแลและผู้นำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน พยาบาลชำนาญการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน จำนวน 1 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรมและความถูกต้องของภาษาก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

1.1 รูปแบบกิจกรรม

1.1.1 ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ควรให้ทีมชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในแต่ละหัวข้อ ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยปรับรูปแบบวิธีดำเนินกิจกรรมให้ทีมชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมตั้งแต่เริ่มกิจกรรมจนถึงสิ้นสุดในแต่ละกิจกรรม

1.1.2 ควรมีการชื่นชม ยกย่องผู้ดูแลในกิจกรรมที่ทำได้ดี เมื่อเข้าสู่กิจกรรมในครั้งต่อไป ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยเพิ่มกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความชื่นชมสมาชิกกลุ่มที่นำการบ้านที่มอบหมายไปทดลองปฏิบัติและเกิดผลที่ดีมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในช่วงต้นของกิจกรรมที่ 2 กิจกรรมที่ 3 และกิจกรรมที่ 4

1.1.3 ให้บททวนความเป็นไปได้ในโอกาสที่จะเข้าร่วมในทุกกิจกรรมของประธาน/รองประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยระบุทีมชุมชนประกอบด้วย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) 2. ประธาน/รองประธาน หรือตัวแทนคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.2 เนื้อหาของกิจกรรม

1.2.1 ให้ปรับรูปแบบใบงานให้เหมาะสม ในการบันทึกลงข้อมูลและอ่านได้สะดวก ผู้วิจัยได้ปรับรูปแบบใบงานที่1/3 ใบงานที่2/3และ ใบงานที่3/1ในแนวนอนเพื่อการบันทึกข้อมูลเพียงพอและความสะดวกต่อการอ่าน

1.2.2 กิจกรรมที่3 ให้ปรับเนื้อหาเป็นปัจจุบัน ใช้ภาษาให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ ผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาโดยศึกษาข้อมูลจาก เอกสาร ตำราเพิ่มเติมและได้ปรับข้อความ”อาการแพ้ยา” เป็น “อาการข้างเคียงจากยา”

1.2.3 กิจกรรมที่ 4 ให้ปรับการประเมินผลในใบงานที่4 เนื่องจากในรูปแบบของโครงการต้องใช้เวลาจนควรประเมินผลจากได้แผนการดูแลผู้ป่วยหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ปรับรูปแบบการประเมินผลในกิจกรรมที่4ตามใบงานที่4/1 คือแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและทีมชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและทีมชุมชน ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 5 คน และทีมชุมชนจำนวน 3 คนโดยดำเนินการจนครบทั้ง 4 กิจกรรม หลังจากทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินการทั้ง 4 กิจกรรมแล้ว พบว่าสมาชิกกลุ่มสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดี และผู้วิจัยได้ปรับคำอธิบายในบางกิจกรรมให้เข้าใจง่ายขึ้น รวมทั้งมีการยกตัวอย่างเพื่อความเข้าใจตรงกัน นอกจากนี้พบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง 60-90 นาที ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.2 แบบวัดภาวะในการดูแลตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ปรับปรุงโดยบุบผา ธนิกกุล (2554) ซึ่งประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภทได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อดังนี้

1) ภาวะเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวและความเป็นอิสระลดลง การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง ความเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การงาน เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด

2) ภาวะเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทาง บวก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบ 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,11 และ 12

การวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กระทำโดยการสัมภาษณ์ให้ผู้ดูแลตอบข้อคำถามในแต่ละข้อให้ตรงตามประสบการณ์ และความรู้สึกของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่า มากน้อยเพียงใด ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด โดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
มากที่สุด	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
มาก	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
ปานกลาง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
น้อย	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
น้อยที่สุด	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

การแปลผล คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาระแต่ละประเภทแยกจากกันและภาระโดยรวม ให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแล สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูตร (2542) และBest (1970) โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00	หมายถึง	มีภาระในการดูแลมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49	หมายถึง	มีภาระในการดูแลมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49	หมายถึง	มีภาระในการดูแลปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49	หมายถึง	มีภาระในการดูแลน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49	หมายถึง	มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดภาระของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ที่พัฒนาขึ้นโดย บุบผา ธนิกกุล (2554) และได้รับความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ซึ่งคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยรวมได้เท่ากับ .92 และแยกเป็นรายมิติ คือ ภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัยได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากันคือ .92 ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

2 . การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ และทำการตรวจสอบคุณภาพโดยนำไปทดลองใช้กับ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้หาความเชื่อมั่นของการตอบแบบวัด และการหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ต้องไม่ต่ำกว่า .80 (Polit and Hunger, 1999) และแบบวัดภาระของผู้ดูแลในงานวิจัยครั้งนี้ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .89

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งใช้แนวคิดของ House (1981) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่

ตลอดเวลา ถึงไม่เป็นจริงเลย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, และ 4 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 5
- 2) การสนับสนุนทางวัตถุ จำนวน 4 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวกทั้งหมด
- 3) การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 12, 13 และ 14 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10 และ 11
- 4) การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17 และ 18 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 19

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ตลอดเวลา	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
บ่อยครั้ง	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
บางครั้ง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
ไม่เป็นจริงเลย	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

การคิดคะแนนทำได้โดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกันวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ โดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อแล้วแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้(ประกอบกรรมสูตร, 2542)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำสุด

เกณฑ์กำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 4 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลอง ว่าภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนเฉลี่ยรวมของการสนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลางขึ้นไป และหากภายหลังการประเมิน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองคนใดมีคะแนนไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยและทีมชุมชนจะพูดคุยกับผู้ดูแลคนนั้นเพื่อร่วมกัน ประเมินปัญหา อุปสรรคคว่ายังขาดการสนับสนุนทางสังคมในด้านใด เพื่อสนับสนุนเพิ่มเติมในส่วนนั้นๆ จนกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคนนั้นจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนด นั่นก็คือมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางขึ้นไป (2.50-5.00 คะแนน)

ซึ่งในการวิจัยครั้ง หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (เสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4) ผู้วิจัยได้ทำการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองทันที พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ทุกคนมีคะแนนที่ได้จากการประเมินการสนับสนุนทางสังคมผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นั่นคือมีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางขึ้นไป (2.50 – 5.00 คะแนน) (สุธัญญ์ แสงดาว, 2554)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ House (1981) ที่พัฒนาขึ้นโดย จิราพร รักการ (2549) และผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาให้มีชุมชนเป็นส่วนร่วม จึงนำไปตรวจสอบคุณภาพหาความตรงของเนื้อหา(Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน พยาบาลชำนาญการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตในชุมชน จำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือและเกณฑ์การตรวจสอบการให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเท่ากับ 4 คะแนนเห็นด้วยน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนนและให้เขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน

ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.8 ขึ้นไป โดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Hambleton et al., อ้างถึงใน บุญใจ ศรี สติธัยนรากร, 2547)

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

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยรวมเท่ากับ 1 และสามารถแยกเป็นรายด้านคือการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านทรัพยากร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เท่ากับ 1 ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและจากมติคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับแก้ไขเนื้อหาให้มีเหมาะสมยิ่งขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

ข้อ 2 “มีทีมชุมชนคอยรับฟังเมื่อท่านมีความทุกข์ ไม่สบายใจ” แก้เป็น “ มีทีมชุมชนคอยรับฟังเมื่อท่านมีความทุกข์ ไม่สบายใจ หรือมีปัญหา จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

ข้อ 4 “ ท่านรับรู้ว่ามีคนในชุมชนรักและเอาใจใส่ท่าน” แก้เป็น “ ท่านรับรู้ว่ามีคนในชุมชน เข้าใจและเอาใจใส่ท่าน”

ข้อ 6 แก้ไขข้อคำถาม “ การสนับสนุนทางสังคมทางวัตถุ” แก้เป็น “ การสนับสนุนด้านทรัพยากร”

ข้อ 9 “ท่านได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของ เครื่องใช้ต่างๆจากชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” แก้เป็น “ท่านได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของที่จำเป็นจากชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

ข้อ 18 “ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากบุคลากรทางการแพทย์” แก้เป็น “ท่านได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

ข้อ 19 “ท่านไม่ได้รับ รายละเอียด ในการติดต่อในเรื่องต่างๆ เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์” แก้เป็น “ท่านไม่ได้รับทราบรายละเอียด ในการติดต่อในเรื่องต่างๆ เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์”

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และทำการตรวจสอบคุณภาพ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้หาความเชื่อมั่นของการตอบแบบวัดและคำนวณหาความเที่ยงของแบบวัดการ

สนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สัมประสิทธิ์ อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ต้องไม่ต่ำกว่า .80 (Polit and Hunger, 1999) และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในงานวิจัยครั้งนี้ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .82

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และ ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้และฝึกทักษะโดยทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง จาก การอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชขั้นสูงในชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจำนวน 6 หน่วยกิต ร่วมกับขอคำแนะนำ จากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอการรับรองแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับอนุมัติ เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2560

1.4 หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยจึงจัดทำแผนการดำเนินการวิจัย โดยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโป่ง เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาโดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการศึกษา วัน เวลา สถานที่

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากสาธารณสุขอำเภอบ้านโป่งแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.6 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้วิจัยโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆให้ชัดเจน มอบหมายการทำหน้าที่ในการวิจัยคือ ประเมินและคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ช่วยรวบรวมข้อมูล แจกแบบสอบถาม แจกใบงานกิจกรรม บันทึกข้อมูลข้อคิดเห็นของสมาชิกกลุ่มขณะทำกิจกรรม

1.7 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มเลือกจากตำบลที่เป็นระดับเทศบาลตำบล และมีผู้ป่วยจิตเภทเป็นจำนวนมากได้เทศบาลตำบลรับใหญ่ ผู้วิจัยจึงประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องโดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับใหญ่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกลางด่าน ตำบลรับใหญ่ เพื่อขอใช้สถานที่ในการดำเนินการทดลอง เลือกทีมชุมชนตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับใหญ่ เป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกลางด่านเป็นกลุ่มควบคุม และประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อเข้าถึงผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยจิตเภท และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับใหญ่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกลางด่าน และประเมินเบื้องต้นว่าผู้ดูแลมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ เกณฑ์เบื้องต้นคือเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ป่วย เพียงคนใดคนหนึ่งที่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลใด มีอายุตั้งแต่ 20 – 65 ปี ทั้งหญิงและชาย สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้

จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเทศบาลตำบลรับใหญ่ 68 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์เบื้องต้น จำนวน 59 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับใหญ่ จำนวน 30 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกลางด่าน จำนวน 29 คน หลังจากนั้น พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต

ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้นำกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์เบื้องต้น มาเข้ารับการคัดกรองด้วยแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ทำการคัดกรองมีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนภาวะการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป จำนวน 50 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับใหญ่ จำนวน 25 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกลางดำน จำนวน 25 คน

1.8 เมื่อพบผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ (Control of Extraneous Variables) โดยเลือกใช้วิธีจับคู่ผู้ดูแลในเรื่องระยะเวลาการดูแล และความเพียงพอของรายได้ซึ่งเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Montgomery,1985) จนครบ 20 คู่ โดยแบ่งระยะเวลาการดูแลเป็นช่วงดังนี้ 1-5 ปี, 6-10 ปี, 11-15 ปี, 16-20 ปี และ มากกว่า 20 ปีขึ้นไป (สุนิย์ แสงดาว, 2554) และความเพียงพอของรายได้ โดยแบ่งระยะเวลาการดูแลดังนี้ 1) เพียงพอและเหลือเก็บ 2) เพียงพอกับรายจ่าย 3) ไม่เพียงพอกับรายจ่าย 4) ไม่มีรายได้ และ 5) อื่น ๆ ระบุ (บุษพา ธนิกุล, 2554) (ตารางที่ 1)

1.9 ผู้วิจัยได้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออีก 10 คนซึ่งไม่สามารถจับคู่ด้วยระยะเวลาการดูแล และความเพียงพอของรายได้ โดยให้ข้อมูลว่าหากต้องการขอความช่วยเหลือ คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถมาขอรับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในวันและเวลาราชการได้ หรือติดต่อขอรับความช่วยเหลือกรณีเร่งด่วนจากเบอร์ 1669 ได้ 24 ชั่วโมงสำหรับผู้คัดกรองทั้งที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยมอบกลับใส่ยาพลาสติกเป็นของที่ระลึก

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched – pair) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ความเพียงพอของรายได้	ระยะเวลาในการดูแล(ปี)	ความเพียงพอของรายได้	ระยะเวลาในการดูแล(ปี)
1	เพียงพอกับรายจ่าย	1-5 ปี	เพียงพอกับรายจ่าย	1-5 ปี
2	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	11-15 ปี	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	11-15 ปี
3	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	6-10 ปี	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	6-10 ปี
4	เพียงพอและเหลือเก็บ	6-10 ปี	เพียงพอและเหลือเก็บ	6-10 ปี
5	เพียงพอกับรายจ่าย	1-5 ปี	เพียงพอกับรายจ่าย	1-5 ปี
6	เพียงพอและเหลือเก็บ	1-5 ปี	เพียงพอและเหลือเก็บ	1-5 ปี
7	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	1-5 ปี	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	1-5 ปี
8	เพียงพอกับรายจ่าย	1-5 ปี	เพียงพอกับรายจ่าย	1-5 ปี
9	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	มากกว่า 20 ปี	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	มากกว่า 20 ปี
10	เพียงพอกับรายจ่าย	6-10 ปี	เพียงพอกับรายจ่าย	6-10 ปี
11	เพียงพอกับรายจ่าย	11-15 ปี	เพียงพอกับรายจ่าย	11-15 ปี
12	เพียงพอกับรายจ่าย	11-15 ปี	เพียงพอกับรายจ่าย	11-15 ปี
13	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	มากกว่า 20 ปี	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	มากกว่า 20 ปี
14	เพียงพอและเหลือเก็บ	1-5 ปี	เพียงพอและเหลือเก็บ	1-5 ปี
15	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	16- 20 ปี	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	16- 20 ปี
16	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	16-20 ปี	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	16-20 ปี
17	เพียงพอกับรายจ่าย	มากกว่า 20 ปี	เพียงพอกับรายจ่าย	มากกว่า 20 ปี
18	เพียงพอกับรายจ่าย	1-5 ปี	เพียงพอกับรายจ่าย	1-5 ปี
19	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	11-15 ปี	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	11-15 ปี
20	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	1-5 ปี	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	1-5 ปี

กลุ่มทดลอง ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินตามแบบวัด
การการดูแลก่อนการวิจัย (Pre-test) ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม
การสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มควบคุม ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินตามแบบวัด
การการดูแลก่อนการวิจัย (Pre-test) และชี้แจงกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาล
วิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่หลังจากได้รับการดูแลตามปกติ 4 สัปดาห์
จะมีการนัดหมายเพื่อทำการประเมินผลหลังการวิจัย (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 5

1.9 ภายหลังจากกำหนดชุมชน เป็นเทศบาลตำบลรับใหญ่ และกำหนดทีมชุมชนที่มี
คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่จะเข้าร่วมกิจกรรมได้แล้ว ผู้ช่วยวิจัยนัดหมายปฐมนิเทศทีมชุมชน โดยชี้แจง
วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วม
ของชุมชน บทบาทของทีมชุมชนในการมีส่วนร่วมแต่ละกิจกรรม คือ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วาง
แผนการดูแล ให้การสนับสนุนและข้อเสนอแนะช่วยเหลือผู้ดูแลในทุกด้าน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อ
สงสัยต่างๆจนมีความชัดเจน

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดให้มีขึ้น ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแล คำแนะนำเรื่องการ
ปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน รวมทั้งให้ข้อมูลระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและ
ครอบครัวที่บ้านโดยกำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกลางดำเนินกิจกรรมใน
กลุ่มควบคุม

2.2 กลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้ช่วยวิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมที่
เน้นการสนับสนุนทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้ง
ละ 60-90 นาที จำนวน 4 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ
10 คนตามความสมัครใจ โดยดำเนินกิจกรรมที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับ
ใหญ่ กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00-10.30 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 13.00-14.30 น. ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การ
สนับสนุนทางสังคมร่วมกับตัวแทนชุมชนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทุกครั้ง ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมใน

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการกำกับทดลองโดยให้ตอบคำถามตามแบบ วัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)

2.1.2 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการอบรมในแต่ละครั้ง

2.1.3 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใกล้เคียง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกลางด่าน ตำบลใกล้เคียง เพื่อขอใช้สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยกำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียง ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 4 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์



ตารางที่ 2 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วม
ของชุมชน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกรับใหญ่

กิจกรรม	กลุ่มที่/จำนวนสมาชิก	ว/ด/ป	เวลา
ครั้งที่ 1 การสนับสนุนให้สามารถ เผชิญความเครียดอย่างมี ประสิทธิภาพ อยู่ร่วมกันกับ ผู้ป่วยอย่างมีความสุข	กลุ่มที่ 1 (13 คน)	10 มีนาคม 2560	เวลา 09.00-10.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (13 คน)	10 มีนาคม 2560	เวลา 13.00-14.30 น.
ครั้งที่ 2 การส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อ การดูแลผู้ป่วยและพัฒนา ความคิดเชิงบวกต่อบทบาท ผู้ดูแล	กลุ่มที่ 1 (13 คน)	17 มีนาคม 2560	เวลา 09.00-10.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (13 คน)	17 มีนาคม 2560	เวลา 13.00-14.30 น.
ครั้งที่ 3 การให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบัน และที่มีความจำเป็นในเรื่องโรค จิตเภท	กลุ่มที่ 1 (13 คน)	24 มีนาคม 2560	เวลา 09.00-10.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (13 คน)	24 มีนาคม 2560	เวลา 13.00-14.30 น.
ครั้งที่ 4 การพัฒนาทักษะในการ เข้าถึงแหล่งทรัพยากร และ ข้อมูลแหล่งทรัพยากรที่มีใน ชุมชน	กลุ่มที่ 1 (13 คน)	31 มีนาคม 2560	เวลา 09.00-10.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (13 คน)	31 มีนาคม 2560	เวลา 13.00-14.30 น.

สรุปผลการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลได้ประเมินตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพของตน สามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการทำบทบาทผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ทีมชุมชนเข้าใจผู้ดูแล มีส่วนร่วมคิด วางแผนการช่วยเหลือ และกำหนดหน้าที่ในช่วยเหลือผู้ดูแล

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ทีมชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆบรรยากาศที่เป็นมิตร
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถประเมินค่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย นำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน มาใช้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพได้
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท บอกความต้องการความช่วยเหลือ และยอมรับการช่วยเหลือจากทีมชุมชน

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างความไว้วางใจและความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในกลุ่ม โดยกล่าวแนะนำตัวพูดคุยกับสมาชิกกลุ่มอย่างเป็นเอง สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร ชวนสนทนาเรื่องทั่วไปก่อน หลังจากนั้นให้สมาชิกแต่ละคนกล่าวแนะนำตัวเอง แสดงความสนใจและใส่ใจต่อคำพูดและการกระทำของสมาชิกในกลุ่ม เป็นการสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ
2. ผู้วิจัยแนะนำทีมชุมชนและตำแหน่งทางสังคมให้ผู้ดูแลได้รู้จัก ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการมีทีมชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกคนต้องเข้าร่วมครบทั้ง 4 กิจกรรม และบอกถึงประโยชน์ที่จะได้รับการทำกิจกรรม เพื่อช่วยเหลือกันแก้ไขปัญหาและหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน กิจกรรมโดยย่อ การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม วัน เวลา และสถานที่รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับ

4. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลประเมินค่าของสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผ่านมุมมองของตนโดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์พฤติกรรมที่แสดงต่อผู้ป่วย และผลที่ได้รับในลักษณะต่างๆ ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามใบงานที่ 1/1

4. ผู้วิจัยสรุปประเด็น จากผู้ดูแลมีการประเมินค่าของสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยชวนสมาชิกในกลุ่มให้ร่วมรับรู้ปัญหา แสดงการยอมรับและชื่นชมเมื่อผู้ดูแลมีวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม ร่วมแสดงความคิดเห็นการจัดการที่มีประสิทธิภาพในประเด็นสถานการณ์ที่สมาชิกต้องเผชิญอย่างไรบ้าง

5. ผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องการประเมินค่าสถานการณ์ที่เหมาะสม ตามใบความรู้ที่ 1/1 และตามใบความรู้ที่ 1/2 วิธีจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

6. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่ม ฝึกทักษะจัดการกับปัญหาเชิงบวก ตามใบงานที่ 1/2

7. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้กลุ่มตัวอย่างสร้างเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกันวางแผนลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยชุมชนเข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย ใบงานที่ 1/3

8. ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรมครั้งนี้

10. ผู้วิจัยมอบหมายการบ้านให้ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ด้วยวิธีจัดการกับปัญหาด้วยการคิดบวก จดบันทึกสถานการณ์ปัญหาที่พบและวิธีจัดการกับปัญหาดังนั้นด้วยการคิดบวกอย่างไร นำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มและนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น พบว่าสมาชิกทั้งสองกลุ่มให้ความร่วมมือ แสดงท่าทีไว้วางใจ ร่วมแสดงความคิดเห็น โดยเปิดเผยเรื่องราวของตน แก่กลุ่ม มีสีหน้าผ่อนคลายลงเมื่อได้เล่าเรื่องราวต่างๆของตนให้กลุ่มได้รับรู้ เมื่อสมาชิกในกลุ่มเห็นด้วยต่อวิธีจัดการกับปัญหาของตน และได้รับการกล่าวชื่นชม ผู้ดูแลแสดงสีหน้ายิ้มแย้ม กล่าวขอบคุณ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถประเมินตนเอง ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตน สามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการทำบทบาทผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมตามใบงานที่1/1ประเมินค่า

ของสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและใบงานที่ 1/2 วิธีจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ สมาชิกในกลุ่มทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนสถานการณ์ที่พบของตนกับกลุ่ม

จากสถานการณ์ด้านประเมินค่าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลและวิธีจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพของตน

“ ถ้าไม่กินยา จะไม่ได้เงินนะ หมอเขาบอก แกก็ยอมกินแต่โดยดีกลัวไม่ได้เงินไปกินกาแฟ ”

“ คลั่งมากวันนั้น ทูบของหมด ไม่รู้จะทำยังไง เลยโทรให้น้องมาดูแลแทน ปวดหัวขอพักบ้าง”

“ มันโมโหน้องแย่งข้าวกินหมด บีบคอเลย ต้องพูดกับมันดีๆ มันก็หยุดเอง เขาชอบให้พูดดีๆ”

“ กลัวผู้ป่วยจะตายจากยา เพราะได้ยินมาว่าถ้ากินยาแล้วกินเหล้า ผู้ป่วยชอบแอบไปกินเหล้าทุกวัน กินมาก จึงไม่ให้ยา อาการคลั่งค่าคนจึงไม่หาย ฉันทึ่ง”

“ บ่นฉันทึ่งวัน ฉันทึ่งมาก ไม่รู้จะทำอย่างไร เราเป็นน้องคนเดียว ก็ต้องทนดูแลกันไป เป็ออกมาๆ ก็หนีไปนอกบ้านสักพัก ดีขึ้นค่อยมาพูดคุยด้วยใหม่”

“ ไม่ยอมกินยา ฉันทบดยาใส่อาหาร เลยได้กินยาทุกวัน”

“ ชี้แจง ช่วยงานบ้านฉันทึ่งใช้วิธีให้ทำสิ่งที่ชอบ แกชอบแกะเม็ดมะขาม ทีเท่าไรก็ทำได้ รับจ้างทำที่บ้าน มีรายได้เข้าครอบครัวด้วย”

“ เออะอะ ก้าวร้าว ตะโกนด่าชาวบ้านทุกวัน บางทีก็ทำร้ายฉันทึ่งด้วย อยากให้หมอพาไปไว้ที่โรงพยาบาลเลย ไม่ต้องกลับมาทรมานไม่ไหวฉันทึ่งจะให้ตำรวจมาจับไปส่งโรงพยาบาลทุกครั้ง”

สมาชิกกลุ่มร่วมสะท้อนข้อมูลการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล โดยแสดงความคิดเห็น การยอมรับและชื่นชม ด้วยการกล่าวให้กำลังใจ เสนอข้อมูล และร่วมแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นปัญหาเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการประเมินศักยภาพของตนต่อการเผชิญความเครียดได้เหมาะสม

ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลด้วยกัน

“ ขอชื่นชมพี่ตุ้มคะ ที่ใช้ข้อมูลจากสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมาทดลองกับผู้ป่วย ซึ่งก็วิธีที่ดี และได้ผล”

“ แต่ระวังผู้ป่วยตีหมกกาแฟมากเกินไป ถ้าจำกัดจำนวนเงินที่ให้ อาจจะช่วยการควบคุมปริมาณกาแฟที่ผู้ป่วยดื่มได้นะ”

“ ถ้าได้กินยาทุกวัน อาการคลั่งจะหายแน่นอน ฉันทเคยทำกับลูก แต่ต้องไม่กินเหล้าด้วย”

ตัวอย่างคำพูดของทีมชุมชน

“ พี่มันแสดงให้สมาชิกเห็นถึงการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ซึ่งได้ผล ขอชื่นชมค่ะ”

“ การแก้ปัญหาของคุณไพริน ช่วยลดความเครียดของคุณไพรินได้และยังสามารถเป็นแบบอย่างให้สมาชิกกลุ่มนำไปปรับใช้กับการดูแลตนเองได้ด้วย”

ทีมชุมชนร่วมแสดงความคิดเห็นและวางแผนการช่วยเหลือผู้ดูแล แบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ตัวอย่างดังนี้

“ ฉันทจะช่วยให้ข้อมูลกับร้านค้าที่ผู้ป่วยไปตี๋มสุรา เพื่อไม่ให้ขายให้ และจะนำเรื่องนี้เข้าประชุมต่อคณะกรรมการด้วย เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันทั้งตำบล”

“ ทาง รพ.สต.จะทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ความรู้และความเข้าใจเรื่องโรค และการปฏิบัติต่อผู้ป่วยแก่ประชาชนในชุมชน”

“ การที่ผู้ป่วยขาดยาทำให้มีอาการกำเริบ เรามาร่วมกันหาแนวทางการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามการรักษากันเถอะคะ อสม.จะเป็นผู้ช่วยนำยามาให้เป็นบางครั้ง หากไม่สามารถไปตามนัดได้”

กิจกรรมตามใบงานและใบความรู้ ที่ 1/2 ผู้วิจัยให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเรื่องการประเมินค่าสถานการณ์ ผลกระทบจากความเครียด และวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ สมาชิกกลุ่มร่วมตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นปัญหาที่และวิธีการคิดแบบสร้างสรรค์ สมาชิกกลุ่มมีความพึงพอใจและพูดคุยถึงการทดลองนำไปใช้เมื่อพบปัญหา และจะนำมาแลกเปลี่ยนกันอีกครั้งต่อไป

กิจกรรมตามใบงาน 1/3 สมาชิกในกลุ่มร่วมกันวางแผนแนวทางการดูแล ในกิจกรรมครั้งนี้โดยมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันคือ ช่วยแก้ปัญหา ลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยทีมชุมชนมีบทบาทเข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย ด้วยการใช้นามบัตรที่แสดงรายนามผู้ที่ผู้ดูแลสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเผชิญปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วยชื่อ ตำแหน่งทางสังคม เบอร์โทรศัพท์ของทีมชุมชน ผู้ดูแลกล่าวว่า รู้สึกดีขึ้น ได้คลายความเครียดลงบ้าง มีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถดูแลผู้ป่วยได้และจะดูแลผู้ป่วยต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทตระหนักรู้ถึงความสำคัญของผู้ป่วย ความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยและยอมรับบทบาทผู้ดูแลอย่างเต็มใจ

2. ทีมชุมชนรับรู้ปัญหาและเข้าใจในผลกระทบด้านอารมณ์ จากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รับรู้ร่วมกันว่า การเจ็บป่วยทางจิต มีปัญหาเฉพาะของครอบครัว แต่มีผลกระทบต่อชุมชนด้วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลบอกเหตุผลที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ผู้ดูแลบอกความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย
4. ผู้ดูแลและทีมชุมชนแสดงทัศนคติที่ดีต่อการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
5. ผู้ดูแลปฏิบัติตามกิจกรรม วิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง
5. ผู้ดูแลและทีมชุมชนร่วมกันวางแผน กำหนดแผนการดูแลด้านจิตใจให้แก่ผู้ดูแลที่เกิดจาก

ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นเป็นมิตร เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายชวนพูดคุยถึงเรื่องทั่วไป แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และการมีส่วนร่วมของชุมชนรูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม กล่าวนำสู่บรรยากาศการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการนำวิธีปฏิบัติการของกิจกรรมที่1ไปปฏิบัติจริง ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแลและทีมชุมชนร่วมกันแสดงความคิดเห็น และความปรารถนาดีต่อกัน

3. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและทีมชุมชนร่วมกันบอกถึงเหตุผลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ตามใบงานที่ 2/1 ผู้วิจัยสรุปความสำคัญในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำใบงานที่2/2 เรื่องความรู้สึกรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

5. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และอภิปรายเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามใบงานที่2/2

6. ผู้วิจัยบอกผู้ดูแลแต่ละคนถึงระดับภาระจากการดูแลที่ผู้ดูแลได้ประเมินไว้ก่อนหน้าเข้าร่วมกิจกรรมว่าอยู่ในระดับใดและเกี่ยวเนื่องกับความรู้สึกที่มีต่อบทบาทการดูแลอย่างไร
7. ผู้วิจัยสรุปประเด็นและให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแล รวมถึงภาระการดูแลตามใบความรู้ที่ 2/1
8. ผู้วิจัยบรรยายบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 2/2 แก่ผู้ดูแลและทีมชุมชน
9. ผู้วิจัย ทีมชุมชนและผู้ดูแล ร่วมอภิปรายตามใบงานที่ 2/3 ร่วมตัดสินใจเลือกประเด็นปัญหาด้านอารมณ์ที่สำคัญ เพื่อวางแผนการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจผู้ดูแล วิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับร่วมกัน มอบหมายหน้าที่แก่ทีมชุมชนในการลงมือปฏิบัติ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลได้เข้าใจ ยอมรับและมีทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
10. ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่าง ฝึกวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง ตามใบความรู้ที่ 2/3
11. มอบหมายการบ้านกลับไปฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง ด้วยการฝึกหายใจกำหนดให้ทำทุกวัน และนำมาแลกเปลี่ยนกับกลุ่มพร้อมกันนัดหมาย วัน เวลา ทำกิจกรรมครั้งที่ 3

การประเมินผล

ประเมินผลจากพฤติกรรมความร่วมมือ ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็น ชักถามปัญหาต่างๆขณะร่วมกิจกรรม พบว่าสมาชิกในกลุ่มทั้ง 2 กลุ่มมีสีหน้ายิ้มแย้ม พูดคุย ทักทายสมาชิกแสดงท่าทีเป็นกันเอง มีความยินดีที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและยินดีร่วมเล่าเรื่องเหตุผลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท บอกเหตุผลที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสำคัญของผู้ป่วย และความสำคัญของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย สมาชิกทุกคนร่วมแสดงทัศนคติแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วย ตามใบงาน 2/1 และใบงานที่ 2/2 ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล

“เบื่อเหมือนกันคะ แต่ไม่รู้จำทำอย่างไร ก็ไม่มีใคร ฟีน้องกันก็ดูแลกันไป หวังให้ผู้ดูแลตนเองได้บ้างก็พอ เช่นจัดยากินเองทำงานบ้านเล็กน้อยได้ ”

“สงสารมัน ตอนที่ได้มันนี่แหละ เป็นคนหาเลี้ยงครอบครัว ขอแค่รับจ้างทำงานง่ายๆในชุมชนได้ก็พอ ”

“จำเป็นต้องดูแล บางครั้งท้อแท้ที่ต้องดูแลแม่ด้วยดูแลพี่ด้วย ทำอะไรไม่ได้ รายได้ก็ไม่มีไม่ให้เขาอาละวาดก็พอ”

“เครียดค่ะ ที่ต้องคอยเฝ้าไว้ตลอด ผู้ป่วยจู้จี้ขี้บ่น อยากมีคนที่จะเข้าใจคุยด้วย คนที่ไม่เข้าใจก็ได้แต่บอกรักให้อดทน”

ผู้ดูแลส่วนมากรู้สึกต่อผู้ป่วยด้านลบ บางรายที่มีความรู้สึกด้านบวก ผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลเพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เกิดจากพยาธิสภาพของโรคผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วย ทำบทบาทเป็นผู้ดูแลอย่างเต็มที่ โดยยกตัวอย่างอาการที่ดีขึ้น และพฤติกรรมที่สงบลงของผู้ป่วยที่เกิดจากการที่ผู้ดูแลให้ความรักและการดูแลที่ดี พบว่าผู้ดูแลมีความเข้าใจผู้ป่วยและยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น ทีมชุมชนมีส่วนร่วมแสดงการยอมรับฟังการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากสมาชิกในกลุ่มด้วยบรรยากาศแห่งความเข้าใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน พูดให้กำลังใจ มีข้อพูดคุยซักถามที่แสดงถึงความห่วงใย รับฟังความรู้สึก

ผู้วิจัยพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเรื่องการผ่อนคลายความเครียด ด้วยการเลือกใช้วิธีคลายเครียดด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพในวิธีต่างๆ พบว่าสมาชิกสามารถปฏิบัติตามได้ มีสีหน้า ท่าทาง ฟังพอใจ สมาชิกในกลุ่มบอกว่ากิจกรรมนี้เกิดประโยชน์สามารถนำไปปรับใช้กับการดำเนินชีวิตและยังพบว่าสมาชิกสามารถเลือกใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนได้ โดยประเมินผลการนำไปปฏิบัติเป็นการบ้านและนำมาแลกเปลี่ยนในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

กิจกรรมใบงานที่ 2/3 สมาชิกกลุ่มให้ความสนใจร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับร่วมกัน และกำหนดแผนการช่วยเหลือระดับบุคคลระดับครอบครัว โดยจัดลำดับทีมชุมชนในการติดต่อขอความช่วยเหลือคือ อสม.ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตชุมชนเป็นลำดับแรก หากเกินความสามารถจะส่งต่อทีมช่วยเหลือโดยจัดให้มีระบบสื่อสารเครือข่ายช่วยเหลือทาง Line และทางโทรศัพท์สายด่วน 1669 มีการติดตามประเมินผลด้วยสถิติการใช้ช่องทางสื่อสารเดือนละ 1 ครั้ง สมาชิกในกลุ่มเห็นด้วยกับแนวทางการช่วยเหลือนี้

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน
2. ทีมชุมชนรับรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย วางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหารุนแรง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลสามารถบอกข้อมูล ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลที่จำเป็น
2. ผู้ดูแลบอกถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวชและการดูแลเบื้องต้น
3. ผู้ดูแลบอกความต้องการความช่วยเหลือ และยอมรับการช่วยเหลือจากชุมชน

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มตัวอย่าง และความสัมพันธ์อันดีของสมาชิกในกลุ่ม สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน ทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป
2. ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มในครั้งนี้
ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ กล่าวนำสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการนำวิธีปฏิบัติการของกิจกรรมที่ 2 ไปปฏิบัติจริง แสดงความชื่นชมผู้ดูแลที่นำไปปฏิบัติและนำมาแลกเปลี่ยน ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญที่ได้
3. ผู้ดูแลและทีมชุมชน ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามใบงานที่ 3/1
4. ผู้ดูแลและทีมชุมชน ร่วมสรุปประเด็นปัญหาอาการผิดปกติและการดูแลเบื้องต้น ผู้วิจัยบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลที่จำเป็น ตามใบความรู้ที่ 3/1
5. ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนถึงสถานการณ์ที่พบจากอาการข้างเคียงของยาโรคจิต และการดูแลเบื้องต้น ตามใบงานที่3/2
6. ผู้วิจัยสรุป และบรรยาย อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาโรคจิต วิธีการดูแลเบื้องต้น ตามใบความรู้ที่ 3/2

7. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยสร้างเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับชุมชน ชุมชนร่วมวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแล ใบงานที่ 3/3

8. มอบการบ้าน ให้ทดลองปฏิบัติจริง จากช่องทางที่กลุ่มร่วมกันกำหนดและนำมา แลกเปลี่ยน นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

การประเมินผล

จากการสังเกต พบว่าสมาชิกในกลุ่มมีความสนใจ สมาชิกส่วนใหญ่ร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนสนใจซักถามปัญหาต่างๆ ขณะร่วมกิจกรรมของสมาชิกกลุ่ม สมาชิกทุกคนร่วมรับรู้ข้อมูล จากสมาชิกเพื่อประเมินปัญหาด้านความรู้ เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแล โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยน ประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สรุปประเด็นตามใบงานที่ 3/1 พบว่าอาการผิดปกติที่ผู้ดูแล พบจากการดูแลผู้ป่วยความเหมือนกัน คือ อาการนอนไม่หลับเดินไปมาทั้งคืน เอะอะโวยวาย กระสับกระส่าย หูแว่วพูดคนเดียว อาการนอนหลับทั้งวัน ซึ่เกี่ยวข้องช่วยงานในครอบครัว คอแข็ง เคี้ยวปากโดยควบคุมไม่ได้ อ้วนกินจุ กินน้ำมากเกินปกติ ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เข้าใจว่าเกิดจากการขาด ยาทางจิตเวช ผู้ดูแลบางคนมีความเห็นว่าอาการเหล่านี้เป็นอาการปกติของการเจ็บป่วยด้วยโรคทาง จิต และผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจว่าอาการบางอย่างเกิดจากผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช จึงดูแล ผู้ป่วยด้วยวิธีไม่สนใจให้ความสำคัญกับอาการเหล่านั้น และผู้ดูแลบางคนคิดว่าอาการที่ผิดปกติมี สาเหตุมาจากความเชื่อทางไสยศาสตร์ บางคนบอกว่าเป็นสาเหตุมาจากยาเสพติด หรืออาจเกิดจาก อุบัติเหตุทางศีรษะ การดูแลที่พบคือ ไม่สนใจผู้ป่วย ปลอ่ยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวไม่รบกวน ไม่ จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง หากมีอาการรุนแรงจึงพาไปโรงพยาบาล มีความคิดเห็น ว่าการรับการรักษาที่ต่อเนื่องไม่มีความสำคัญ เพราะผู้ดูแลเข้าใจว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การเฝ้า ระวังให้ได้รับยาสม่ำเสมอเป็นการเพิ่มภาระ ซึ่งถึงแม้ว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วย ครอบครั้ว และชุมชนก็สามารถอยู่ร่วมกันได้โดยไม่ใส่ใจกับพฤติกรรมที่ผิดปกติแต่ไม่ทำให้เกิด อันตรายแก่ผู้อื่น เป็นต้น ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา ความรู้ เรื่องการใช้ยาทางจิตเวช อาการข้างเคียงและการดูแลเบื้องต้น อาการที่ต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ทันที การดูแลที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำรงชีพอยู่ที่บ้านและชุมชนได้อย่างปกติสุข หลังการให้ข้อมูลดังกล่าว ประเมินได้จากการซักถามทบทวนความรู้ความเข้าใจ พบว่าผู้ดูแลมีความ เข้าใจโรคจิตเภทและมีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น สามารถบอกข้อมูลย้อนกลับหลังให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภทและการดูแลที่จำเป็น

ดังตัวอย่างคำพูดจากผู้ดูแล

“ จะใช้วิธีปรับเวลาในการกินยาให้สอดคล้องกับการประกอบอาชีพของผู้ป่วย”

“ ฉันทจะสอนเขาให้ช่วยกวาดบ้าน ทำงานง่ายๆก่อน และจะทำความเข้าใจผู้ป่วยให้มากขึ้น”

“ ฉันทเข้าใจแล้วว่าถึงแม้ไม่หายก็ต้องรักษา ไม่ให้อาการกำเริบมาก อาจจะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมือนเดิมก็ขอให้ดูแลตัวเองได้บ้าง” ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช พบว่าผู้ดูแลสามารถบอกอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวชและการดูแลเบื้องต้นได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันตัดสินใจสรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญหากเมื่อปฏิบัติการวางแผนการดูแลแล้วจะส่งผลดีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และต่อทีมชุมชน ในประเด็นเมื่อมีอาการกำเริบรุนแรงที่บ้านหรือไม่สามารถไปรับยาทางจิตเวชตามนัดได้ ทีมชุมชนวางแผนการขอใช้รถของเทศบาลบริการรับ-ส่ง และรพ.สต. ร่วมกับทีมหมอครอบครัวประสานขอรับยาจากโรงพยาบาลบ้านโป่งมาให้แทนในกรณีจำเป็น ไม่จำกัดวันและเวลา เกิดการทำงานที่เป็นระบบเครือข่าย วางแผนติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมชุมชน 3 ครั้ง/ปี วางแผนการติดตามประเมินผลและเข้าที่ประชุมคณะกรรมการ รพ.สต. 1 ครั้ง/เดือน ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญในกิจกรรมครั้งนี้ สมาชิกกลุ่มให้ความร่วมมือ สนใจ แสดงความคิดเห็นว่า เป็นแนวทางการดูแลที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับยาตามการรักษา และลดภาระของผู้ดูแลมากขึ้น มีความพอใจในมติของกลุ่ม การมอบการบ้านโดยให้ทดลองปฏิบัติจริงด้วยวิธีการสื่อสารเพื่อรับการดูแลตามแนวทางของกิจกรรมที่กลุ่มร่วมกันกำหนด และนำมาแลกเปลี่ยนในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พบว่ามีผู้ดูแลประสานขอความช่วยเหลือจากทีมชุมชนในเรื่อง ดังนี้ ขอความช่วยเหลือจากคณะกรรมการกองทุนหลักขานำผู้ป่วยไปทำบัตรประชาชนใช้ในการต่อเบี้ยผู้พิการ จำนวน 4 ราย ขอความช่วยเหลือ รพ.สต.ขอให้เลื่อนนัดพบแพทย์โดยผ่านอสม.งานสุขภาพจิตชุมชนจำนวน 4 ราย

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รับรู้ถึงแหล่งทรัพยากรและวิธีการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งทรัพยากรที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ทีมชุมชนมีส่วนร่วมคิดและวางแผนสร้างแหล่งสนับสนุนแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ดูแลสามารถ

1. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงแหล่งทรัพยากรที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆในชุมชน
2. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงวิธีการขอรับความช่วยเหลือ
3. ผู้ดูแลร่วมคิดกับทีมชุมชนวางแผนสร้างแหล่งสนับสนุนในชุมชนในการช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ดูแลทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ ด้วยบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นกันเองผ่อนคลาย
2. ผู้วิจัยนำสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการนำวิธีปฏิบัติการของกิจกรรมที่3ไปปฏิบัติจริง สมาชิกประเมินผลสรุปประเด็นความสำเร็จ ปัญหา และโอกาสพัฒนา
3. ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนข้อมูลแหล่งสนับสนุน และวิธีการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ตามใบงานที่ 4/1
4. ผู้ดูแลและทีมชุมชน ร่วมอภิปราย แหล่งทรัพยากรในชุมชนนอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับจากผู้ดูแล และวิธีการสื่อสารขอรับความช่วยเหลือ
4. ผู้วิจัยให้ข้อมูล แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิธีการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ตามใบความรู้4/1
5. ผู้ดูแลและทีมชุมชน ร่วมคิดแผนการช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทในประเด็นสนับสนุนแหล่งทรัพยากรที่สามารถเกิดขึ้นได้จริงในชุมชน ใบงานที่4/2
6. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและทีมชุมชน ร่วมกันอภิปรายและทบทวนถึงข้อมูลกิจกรรมทั้งหมดที่ได้เรียนรู้ ทั้ง 4 กิจกรรม รวมทั้งความรู้สึที่ได้ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญและ

ให้ผู้ดูแลทำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม(กำกับการทดลอง) และนัดหมายเพื่อประเมิน post-test ภายหลังกำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์

7. ผู้วิจัยบอกถึงการสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน สิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกล่าวขอบคุณและยุติกลุ่ม

การประเมินผล

โดยประเมินจาก การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ ขณะร่วมกิจกรรมของสมาชิกกลุ่ม จากการดำเนินกิจกรรมให้สมาชิกแลกเปลี่ยนข้อมูลแหล่งสนับสนุน และวิธีการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ตามใบงานที่ 4/1 โดยพบว่าแหล่งทรัพยากรสำคัญของสมาชิกได้แก่การได้รับเบี้ยผู้พิการจากเทศบาล และโรงพยาบาลที่รับการรักษาอยู่ สมาชิกบางคนมีความเข้าใจว่าไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นได้เนื่องจากไม่เกี่ยวข้องกัน หากเจ็บป่วยด้วยโรคเพียงเล็กน้อยจะรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สมาชิกกลุ่มร่วมอภิปราย แหล่งทรัพยากรในชุมชนนอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับจากผู้ดูแล และวิธีการสื่อสารขอรับความช่วยเหลือ ดังนี้ ศูนย์กู้ชีพของตำบลสามารถช่วยเหลือพาผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้ไม่เสียค่าใช้จ่าย กลุ่มแม่บ้านตำบลสามารถช่วยเหลือจัดหารายได้แก่ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มีควมคุมอาการได้ ผู้วิจัยเพิ่มเติมแหล่งทรัพยากรที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ตามคู่มือที่แจกไว้แล้ว ความสนับสนุนทั้งตนเองและผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น เข้าเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมต่างๆในชุมชน กลุ่มอุตสาหกรรมในครัวเรือนของตำบล แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ใช้ประโยชน์ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ลานกีฬาในชุมชน ห้องสมุดประชาชน กิจกรรมที่ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันในสังคมเช่นการไปวัดในวันสำคัญต่างๆ กิจกรรมของชุมชนตามฤดูกาล และวิธีการขอรับความช่วยเหลือหรือเข้าร่วมในกิจกรรมจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมนั้นตามใบความรู้ 4/1

สมาชิกกลุ่มประเมินประเด็นปัญหาสำคัญของกลุ่ม ที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือที่เกิดประโยชน์ร่วมกัน ได้แก่มติกลุ่มเรื่อง ครอบครัวขาดรายได้ไม่มีผู้รับทำงาน เนื่องจากกลัวผู้ป่วย ถูกปฏิเสธให้เข้ากลุ่ม ชมรมในชุมชน สร้างแนวทางการการดูแลคือให้โรงงานในชุมชน หรือกลุ่ม ชมรมต่างๆที่มีในชุมชนรับผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ปกติและรับการรักษาอย่างต่อเนื่องเข้าทำงาน หรือเข้าร่วมทำกิจกรรมในชุมชนได้ นอกจากนี้มีแนวทางการต่อบัตรผู้พิการและ

การรับเบี้ยผู้พิการต้องพาผู้ป่วยไปรับการประเมินจากแพทย์ก่อน การจัดหากองทุนบริจาควัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว วิธีการติดต่อ สามารถติดต่อได้ด้วยตนเอง ทางข้อมูลที่ให้ไว้ในคู่มือ หรือเมื่อมีอาการฉุกเฉิน โทรสายด่วน กู้ชีพบ้านโป่ง 1669 สายด่วนสุขภาพจิต 1323 หรือแจ้งผ่านทางทีมชุมชนตามลำดับในนามบัตรที่ให้ไว้แล้ว ตามใบงานที่4/2

ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและทบทวนถึงข้อมูลกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรม พร้อมทั้งให้สมาชิก รวมทั้งความรู้สึกที่ได้ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญ บอกถึงการสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน สิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกล่าวขอบคุณและยุติกลุ่ม และให้ผู้ดูแลทำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม(กำกับการทดลอง) และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่เพื่อประเมิน post-test ภายหลังดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์

การกำกับการทดลอง

กำกับการทดลองทันทีที่เสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 โดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีความครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน คะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.32 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 86.4 และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3.42 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 68.4 สรุปได้ว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ในระดับปานกลางขึ้นไป (ตารางที่3)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับ
โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (n=20)

คนที่	คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ระดับ
1	3.89	สูง
2	3.47	ปานกลาง
3	3.74	สูง
4	3.42	ปานกลาง
5	4.00	สูง
6	4.05	สูง
7	3.95	สูง
8	3.68	สูง
9	3.84	สูง
10	4.32	สูง
11	4.21	สูง
12	3.74	สูง
13	3.95	สูง
14	3.53	สูง
15	3.89	สูง
16	3.58	สูง
17	3.68	สูง
18	3.53	สูง
19	3.74	สูง
20	3.79	สูง

จากตาราง พบว่า คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน คะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.32 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 86.4 และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3.42 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 68.4 สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ในระดับปานกลางขึ้นไป

3.ระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองโดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 4 ครั้ง นัด 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม การนัดหมายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาพบในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การให้บริการจากเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำแนะนำรายครอบครัวเกี่ยวกับ อาการข้างเคียงจากการใช้ยาวิธีการใช้ยาจิตเวช ให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม วิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว และแจ้งผลการประเมินภาวะในการดูแลหลังจากประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired-t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน โดยเปรียบเทียบการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และเปรียบเทียบการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1. ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นจิตเภท ตาม ICD10 ในชุมชนเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน โดยจับคู่ (Matched - pair) จากตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อารรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ระยะเวลาการดูแล และความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว เป็นคู่ๆ รวมจำนวน 20 คู่สุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 10 คู่ และกลุ่มควบคุม 10 คู่ โดยมีการวัดคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) และ 2. ทีมชุมชน จำนวน 1 ทีม ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำนวน 1 คน, ประธาน/รองประธาน หรือตัวแทนคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จำนวน 1 คน, พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

ตอนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (n=40)

ลักษณะของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	9	45	6	30	15	37.5
หญิง	11	55	14	70	25	62.5
อายุ						
20-40 ปี	3	15	1	5	4	10
41-50 ปี	8	40	7	35	15	37.5
51-60 ปี	6	30	6	30	12	30
61-65 ปี	3	15	6	30	9	22.5
ความเพียงพอของรายได้ ของครอบครัว						
เพียงพอและเหลือเก็บ	3	15	3	15	6	15
เพียงพอกับรายจ่าย	8	40	8	40	16	40
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	9	45	9	45	18	45
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย						
1-5 ปี	8	40	8	40	16	40
6-10 ปี	3	15	3	15	6	15
11-15 ปี	4	20	4	20	8	20
16-20 ปี	2	10	2	10	4	10
มากกว่า 20 ปี	3	15	3	15	6	15

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตาม ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (n=40)

ลักษณะของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
พ่อ	2	10	2	10	4	10
แม่	1	5	5	25	6	15
พี่	4	20	2	10	6	15
น้อง	6	30	3	15	9	22.5
สามี	0	0	3	15	3	7.5
ภรรยา	3	15	1	5	4	10
บุตร	4	20	1	5	5	12.5
อื่นๆ	0	0	3	15	3	7.5

จากตารางที่ 4 และตารางที่ 5 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55 และ 70 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 35 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 45 เท่ากัน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน และในกลุ่มทดลองผู้ดูแลและผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะน้อง คิดเป็นร้อยละ 30 ในกลุ่มควบคุมผู้ดูแลและผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะแม่ คิดเป็นร้อยละ 25

ตอนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง (pre test) และหลังการทดลอง (Post test) ทั้งโดยรวมและรายด้าน

คนที่	คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน						ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ภาระโดยรวมและรายด้าน		
	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม
1	2.92	3.67	3.29	2.75	3.33	3.04	0.17	0.33	0.25
2	3.58	3.42	3.50	2.75	2.83	2.79	0.83	0.58	0.71
3	3.75	3.67	3.71	3.17	2.67	2.92	0.58	1.00	0.79
4	3.42	3.75	3.58	2.42	2.75	2.58	1.00	1.00	1.00
5	3.33	3.33	3.33	2.67	2.42	2.54	0.67	0.92	0.79
6	3.42	3.08	3.25	2.67	2.67	2.67	0.75	0.42	0.58
7	3.08	2.67	2.88	2.75	2.25	2.50	0.33	0.42	0.38
8	3.67	3.92	3.79	3.25	3.42	3.33	0.42	0.50	0.46
9	3.58	3.58	3.58	3.08	3.00	3.04	0.50	0.58	0.54
10	3.42	3.33	3.38	2.75	2.67	2.71	0.67	0.67	0.67
11	3.08	3.42	3.25	3.00	3.25	3.13	0.08	0.17	0.13
12	3.58	3.58	3.58	2.50	3.00	2.75	1.08	0.58	0.83
13	3.50	3.75	3.63	2.17	2.67	2.42	1.33	1.08	1.21
14	3.33	3.08	3.21	2.67	3.08	2.88	0.67	0.00	0.33
15	3.17	3.33	3.25	2.33	2.67	2.50	0.83	0.67	0.75
16	3.58	3.50	3.54	2.83	2.33	2.58	0.75	1.17	0.96
17	3.50	3.75	3.63	1.83	1.83	1.83	1.67	1.92	1.79
18	3.00	3.58	3.29	2.33	2.33	2.33	0.67	1.25	0.96
19	3.75	3.75	3.75	2.17	2.92	2.54	1.58	0.83	1.21
20	3.33	3.92	3.63	2.58	3.08	2.83	0.75	0.83	0.79
\bar{x}	3.40	3.50	3.45	2.63	2.76	2.70	0.77	0.75	0.75

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวม 3.45 ภาระเชิงอัตนัย 3.40 และภาระเชิงปรนัย 3.50 และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลโดยรวม 2.70 ภาระเชิงอัตนัย 2.63 และภาระเชิงปรนัย 2.76 และมีค่าเฉลี่ยผลต่างของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 0.76, 0.77 และ 0.75 ตามลำดับ พบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง ทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย โดยลดลงทั้งหมด จำนวน 20 คน



ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (pre test) และหลังการทดลอง (Post test) ทั้งโดยรวมและรายด้าน

คนที่	คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน						ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ภาวะโดยรวมและรายด้าน		
	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม
1	3.50	4.08	3.79	3.50	3.67	3.58	0.00	0.42	0.21
2	3.00	2.83	2.92	2.92	3.08	3.00	0.08	-0.25	-0.08
3	3.92	3.83	3.88	3.75	3.83	3.79	0.17	0.00	0.08
4	3.00	3.25	3.13	3.08	3.00	3.04	-0.08	0.25	0.08
5	3.33	2.92	3.13	3.25	3.08	3.17	0.08	-0.17	-0.04
6	3.08	3.25	3.17	3.00	3.25	3.13	0.08	0.00	0.04
7	3.33	3.08	3.21	3.33	3.08	3.21	0.00	0.00	0.00
8	2.92	3.17	3.04	3.00	3.00	3.00	-0.08	0.17	0.04
9	3.50	3.33	3.42	3.42	3.50	3.46	0.08	-0.17	-0.04
10	3.17	3.42	3.29	3.08	3.42	3.25	0.08	0.00	0.04
11	2.75	3.50	3.13	2.83	3.50	3.17	-0.08	0.00	-0.04
12	3.42	3.50	3.46	3.17	3.42	3.29	0.25	0.08	0.17
13	3.42	3.67	3.54	3.50	3.42	3.46	-0.08	0.25	0.08
14	3.00	3.00	3.00	3.33	3.00	3.17	-0.33	0.00	-0.17
15	3.83	3.58	3.71	3.58	3.58	3.58	0.25	0.00	0.13
16	3.00	3.33	3.17	3.00	3.08	3.04	0.00	0.25	0.13
17	2.75	2.58	2.67	2.75	2.58	2.67	0.00	0.00	0.00
18	3.00	3.17	3.08	3.00	2.92	2.96	0.00	0.25	0.13
19	3.17	3.08	3.13	3.42	3.25	3.33	-0.25	-0.17	-0.21
20	3.25	3.67	3.46	3.25	3.50	3.38	0.00	0.17	0.08
\bar{x}	3.22	3.31	3.26	3.21	3.26	3.23	0.01	0.05	0.03

จากตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะเชิงอัตนัย ภาวะเชิงปรนัย และภาวะโดยรวม เท่ากับ 3.22, 3.31 และ 3.26 ตามลำดับ และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะเชิงอัตนัย ภาวะเชิงปรนัย และภาวะโดยรวม เท่ากับ 3.22, 3.31 และ 3.26 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยผลต่างของภาวะเชิงอัตนัย ภาวะเชิงปรนัย และภาวะโดยรวม เท่ากับ 0.01, 0.05 และ 0.03 ตามลำดับ พบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนภาวะเชิงอัตนัยเพิ่มขึ้น 6 คน ลดลงจำนวน 8 คน เท่าเดิมจำนวน 6 คน ภาวะเชิงปรนัยเพิ่มขึ้น 4 คน ลดลงจำนวน 8 คน เท่าเดิมจำนวน 8 คน ภาวะโดยรวมเพิ่มขึ้น 6 คน ลดลงจำนวน 12 คน เท่าเดิมจำนวน 2 คน



ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (n=20)

ภาวะการดูแลผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน	คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลผู้ป่วย \bar{x}	S.D.	t	df	p-value
ภาวะโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	3.45	0.23	8.80	19	.00
หลังการทดลอง	2.70	0.33			
ภาวะเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	3.40	0.24	5.90	19	.00
หลังการทดลอง	2.63	0.36			
ภาวะเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	3.50	0.31	7.74	19	.00
หลังการทดลอง	2.76	0.40			

จากตารางที่ 8 พบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย หลังการทดลอง (2.70) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (3.45)

ตอนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

ภาวะในการดูแล ผู้ป่วยโดยรวมและ รายด้าน	คะแนนเฉลี่ยภาวะในการดูแลผู้ป่วย							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	\bar{x}	S.D.	t	p-value	\bar{x}	S.D.	t	p-value
ภาวะโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	3.45	0.23	2.19	.00	2.70	0.33	-5.74	.00
กลุ่มควบคุม	3.26	0.30			3.23	0.26		
ภาวะเชิงอัตนัย								
กลุ่มทดลอง	3.40	0.24	2.04	.00	2.63	0.36	-5.75	.00
กลุ่มควบคุม	3.22	0.32			3.21	0.27		
ภาวะเชิงปรนัย								
กลุ่มทดลอง	3.50	0.31	1.81	.00	2.76	0.40	-4.46	.00
กลุ่มควบคุม	3.31	0.36			3.26	0.30		

p < .05

จากตารางที่ 9 พบว่า หลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองทั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย (2.70, 2.63 และ 2.76 ตามลำดับ) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (3.23, 3.21 และ 3.26 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 คือภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) ใช้รูปแบบศึกษา 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์และหลังการทดลอง (The pretest – posttest control group design) (Polit and Hungler ,1999) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ตัวแปรตาม คือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่ำกว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (ICD10) และทีมชุมชนเขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1.ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (ICD10) ในชุมชนเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Inclusion Criteria) จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และ 2. ทีมชุมชนจำนวน 3 คน ประกอบด้วย 2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) 2.2 ประธาน/รองประธาน หรือตัวแทนคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น 2.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมี

คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) และ เกณฑ์ในการคัดเลือกรายชื่อ (Exclusion Criteria) ดังนี้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะกับการวิจัยแบบทดลอง ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอให้ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติตามทฤษฎีขีดจำกัดเข้าสู่ศูนย์กลาง (Central Limit Theorem) คือ ควรมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่สุดจำนวน 30 คน โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Burns and Grove, 2001) ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้วยการจับคู่ผู้ดูแลในเรื่องระยะเวลาการดูแล และความเพียงพอของรายได้ (Montgomery, 1985)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จากการนำแนวคิดของ House (1985) ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ร่วมกับการนำกระบวนการเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวคิด Cohen and Uphoff (1981) ใน 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยผสมผสานเข้าไปในแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้กิจกรรมในโปรแกรมสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาและลดภาระที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมดำเนินการ 4 กิจกรรม ๆ ละ 1 สัปดาห์รวม 4 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลา ครั้งละ 60-90 นาที โดยดำเนินกิจกรรมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทีมชุมชนในกลุ่มทดลอง เป็นรายกลุ่มดังนี้

- กิจกรรมที่ 1** การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)
- กิจกรรมที่ 2** การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)
- กิจกรรมที่ 3** การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)
- กิจกรรมที่ 4** การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม โดยผ่านความ

เห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรมและความถูกต้องของภาษา ก่อนนำไปใช้จริง แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและทีมชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 5 คน และทีมชุมชน เพื่อทดสอบความเป็นปรนัยของเครื่องมือ รวมถึงอุปสรรคอื่นๆ อันอาจเกิดขึ้นได้ มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของทีมชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการทำงานที่ในชุมชน

2.2 แบบวัดภาวะในการดูแลตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ปรับปรุงโดย บุบผา ธนิกกุล (2554) ซึ่งประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภทได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อดังนี้

1. ภาวะเชิงอัตนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,11 และ 12

2. ภาวะเชิงปรนัย เป็นการสัมภาษณ์ ความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด การประเมินภาวะจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปทดลองใช้ กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้หาความเชื่อมั่นของการตอบแบบวัดและการหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวม .89

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ .แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ House (1981) ปรับปรุงโดยจิราพร รักการ (2549) เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ตลอดเวลา ไปจนถึงไม่จริงเลย โดยผู้วิจัยปรับเนื้อหาให้มีชุมชนเป็นส่วนร่วม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านคือ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านทรัพยากร การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า และ

การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และนำไปตรวจสอบคุณภาพหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัด การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยรวมเท่ากับ 1 และสามารถแยกเป็นรายด้านคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านทรัพยากร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เท่ากับ 1 ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับแก้ไขเนื้อหาให้มีเหมาะสมยิ่งขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกบ จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้หาความเชื่อมั่นของการตอบแบบวัดและคำนวณหาความเที่ยงของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สัมประสิทธิ์ อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และ ขั้นประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้และฝึกทักษะโดยทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง จากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชขั้นสูงในชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจำนวน 6 หน่วยกิต ร่วมกับขอคำแนะนำ จากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหาร

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขอการรับรองแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับอนุมัติ เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2560

1.4 หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยจึงจัดทำแผนการดำเนินการวิจัย โดยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโป่ง เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาโดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา แจ้งราย ละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการศึกษา วัน เวลา สถานที่

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากสาธารณสุขอำเภอบ้านโป่ง ผู้วิจัยเข้าพบ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.6 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้วิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆให้ชัดเจน มอบหมายการทำหน้าที่ในการวิจัยคือ ประเมินและคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ช่วยรวบรวมข้อมูล แจกแบบสอบถาม แจกใบงานกิจกรรม บันทึกข้อมูลข้อคิดเห็นของสมาชิกกลุ่มขณะทำกิจกรรม

1.7 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มเลือกจากตำบลที่เป็นระดับเทศบาลตำบลและมีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมาก ได้เทศบาลตำบลกรับใหญ่ ผู้วิจัยจึงประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอใช้สถานที่ในการดำเนินการทดลอง ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อเข้าถึงรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยโดยคัดเลือก แพ้มประวัติผู้ป่วยจิตเภท ประเมินเบื้องต้นว่าผู้ดูแลมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือไม่

1.8 เมื่อพบผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะพบผู้ดูแลเป็นรายบุคคล เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบ 40 คน ขอความร่วมมือ ในการเข้าร่วม การวิจัยด้วยความสมัครใจ การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยและให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรที่อาจมีผลต่อการทดลองคือระยะเวลาในการดูแล และความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว ใช้วิธีการจับคู่ (Matched - pair) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่เหมือนกันเป็นคู่ๆ จนครบ 20 คู่ เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คู่

กลุ่มทดลอง ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินตามแบบวัดการดูแลก่อนการวิจัย (Pre-test) ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกรับใหญ่ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที จนครบ 4 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 ทำการกำกับการทดลองโดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และนัดหมายเพื่อทำการประเมินผลหลังการวิจัย (Post-test)

กลุ่มควบคุม ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินตามแบบวัดการดูแลก่อนการวิจัย (Pre-test) และชี้แจงกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่หลังจากได้รับการดูแลตามปกติ 5 สัปดาห์ จะมีการนัดหมายเพื่อทำการประเมินผลหลังการวิจัย (Post-test)

1.9 ภายหลังจากที่กำหนดชุมชน และกำหนดทีมชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แล้ว ผู้วิจัยนัดหมายปฐมนิเทศทีมชุมชน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน บทบาทของทีมชุมชนในการมีส่วนร่วมแต่ละกิจกรรม เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆจนมีความชัดเจน

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดให้มีขึ้น ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแล คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน รวมทั้งให้ข้อมูลระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 4 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ตามความสมัครใจ ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมร่วมกับตัวแทนชุมชนของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท ทุกครั้ง ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการกำกับกับการทดลองโดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ในระดับปานกลางขึ้นไป และหลังเสร็จสิ้นการอบรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) และผู้วิจัยกำกับกับการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยแบบประเมิน check list ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในทุกกิจกรรม

3.ระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

3.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำการประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดการประเมินในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการกำกับกับการทดลองทันที โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 4 ครั้ง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)

3.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดการประเมินในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อธิบายถึงขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม การนัดหมายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาพบในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การให้บริการจากเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำแนะนำรายครอบครัวเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาวิธีการใช้ยาจิตเวช ให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม วิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว และแจ้งผลการประเมินภาวะในการดูแลหลังจากประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired-t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัย ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่ำกว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย โดยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 55 และ 70 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 35 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 45 เท่ากัน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน และในกลุ่มทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะน้อง คิดเป็นร้อยละ 30 ในกลุ่มควบคุมผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะแม่ คิดเป็นร้อยละ 25

อภิปรายผลตามข้อมูลทั่วไป ได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นหญิง สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระและเพศหญิงจะมี

ความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าเพศชาย (Adeosun, 2013) และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเกี่ยวข้องเป็น มารดา น้อง หรือเป็นบุตร ซึ่งในสังคมไทยการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวพันโดยตรงกับผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงความรัก ความผูกพันที่มีให้กันในครอบครัวของสังคมไทย ซึ่งเพศหญิงก็มักถูกครอบครัวคาดหวังให้ต้องเป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลรับผิดชอบทุกอย่างในบ้าน และยังถูกคาดหวังจากสังคมให้ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ต้องอาศัยการดูแลใกล้ชิด ให้ความรักความเมตตา เอื้ออาทรและความเอาใจใส่ และด้วยพื้นฐานของเพศหญิง ต้องทำหน้าที่ให้การดูแลสมาชิกของครอบครัวที่เจ็บป่วย (จีระพันธ์ สุริยงค์, 2550)

การรับบทบาทใหม่ในการดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและต้องรับผิดชอบงานต่างๆในครอบครัวส่งผลกระทบต่อในด้านลบต่อผู้ดูแล จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้ พบทั้งปัญหาจากตัวผู้ป่วยเช่น ก้าวร้าวทำร้ายไม่เชื่อฟัง ไม่กินยาตามการรักษา ไม่สนใจดูแลตนเองไม่อาบน้ำหลายวัน บางรายดื่มสุราทุกวันเกิดการทะเลาะกัน บ่อยครั้ง ผู้ดูแลเกิดความเครียดเบื่อหน่าย ท้อแท้ ในการดูแลผู้ป่วย มีปัญหาสุขภาพเช่นปวดศีรษะ นอนไม่หลับเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนเวียนหัว เกิดความทุกข์ ซึ่งภาระการดูแลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ใกล้ชิดของผู้ป่วยกับผู้ดูแล (Jones, 1996)

กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคือช่วงอายุ 51 -60 ปี ช่วงวัยนี้เป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของสุขภาพจึงทำให้การรับรู้ภาระเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล (รจนา ปุณโณทก ,2550) ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีอายุมาก การรับรู้ภาระการดูแลก็จะมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าอายุมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับภาระการดูแล (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ , 2544)

สำหรับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 1-5 ปี อภิปรายได้ว่า ผู้ดูแลจะมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย มีความสงสารยอมรับ และเอาใจใส่ผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ยอดสร้อย วิเวกรรณ (2543) พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เรื้อรังนานกว่า 2 ปีจะส่งผลให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแล รู้การดำเนินของโรค มีทักษะในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้นกว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่สั้นกว่า และการที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ทำให้มีความมั่นใจว่าตนจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ (Yamashita, 1996)

ตอนที่ 2 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ กล่าวคือ

1. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 8.80$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งสามารถ อภิปรายผลการศึกษาได้ว่ากิจกรรมต่างๆ ใน โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด ของ House (1985) ซึ่งมีเนื้อหาส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) โดยได้เพิ่มกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิด Cohen and Uphoff (1981) ได้แก่ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจ (Decision - Making) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ (Benefits) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) โดยผสมผสานเข้าไปในแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้กิจกรรมในโปรแกรมสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาและลดภาระที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชน การดำเนินกิจกรรมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองเป็นรายกลุ่ม โดยมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้วยการจับคู่ผู้ดูแลในเรื่องระยะเวลาการดูแล และความเพียงพอของรายได้ (Montgomery, 1985)

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรมของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยนี้อย่างแท้จริง จึงช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยมีทีมชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมอย่างเพียงพอจนส่งผลให้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ซึ่ง แต่ละกิจกรรมที่ดำเนินการสามารถส่งผลต่อการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตน การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นแนวความคิดสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) ตามแนวคิดของ House (1985) เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา นำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหาด้วยกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981) โดยผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกัน สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เนื่องจากการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ทำให้เกิดความไว้วางใจและกล้าที่จะระบายปัญหาต่างๆ นอกจากสัมพันธภาพที่ดีต่อกันแล้วบุคคลควรจะรู้จักและเข้าใจตนเองและผู้อื่น มีทัศนคติที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิกร เกิดโชค (2553) เรื่องมุมมองของพยาบาลจิตเวชเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมความพร้อมในการดูแลเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญของการมีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลจิตเวชและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในการที่จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวนั้นสามารถดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทให้ใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน ผลลัพธ์จากกระบวนการมีส่วนร่วม คือสมาชิกกลุ่มได้ร่วมรับรู้และประเมินปัญหา แลกเปลี่ยนปัญหาที่ต้องมีผู้ป่วยอยู่ในความรับผิดชอบ ประสบการณ์การจัดการกับปัญหานั้น เชื่อมโยงให้เห็นถึงปัญหาจากการดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและมีผลต่อชุมชน สร้างแรงจูงใจในการร่วมมือวางแผนดูแลผู้ป่วยที่ได้ประโยชน์ร่วมกัน และสมาชิกในกลุ่มร่วมกันตัดสินใจวางแผนการดูแลและช่วยเหลือโดยมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Thompson et al., 1993; ทีปประพิน สุขเขียว ,2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การที่ญาติมีความรู้ มีทักษะในการดูแลอย่างเหมาะสมนั้นต้องเกิดการยอมรับผู้ป่วยของญาติและชุมชนรวมทั้งการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นสิ่งจำเป็น (มนตรี จันทา สุมัทนา กลางคาร และจุฬารัตน์ หัวหาญ, 2554) เมื่อผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และยังทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะทั้งด้านอัตรายและด้านปรนัยลดลง (Lazarus and Folkman,1984; Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมทัศนคติที่ดีเกิดความคิดเชิงบวกต่อบทบาทผู้ดูแล เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional Support) ตามแนวคิดของ House (1985) โดยผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกต่อผู้ป่วย และความรู้สึกต่อชุมชน เมื่อทีมชุมชนได้รับรู้ปัญหาด้านอารมณ์ จึงมีกิจกรรมสนับสนุนด้านอารมณ์โดยร่วมประสานความรู้สึกปลงความเห็นใจ แสดงความเข้าใจ ผู้ดูแลผู้ป่วย ผลักดันให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันคิดแผนการดูแลช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจผู้ดูแลผู้ป่วย และการให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคจิตเภท เป็นการส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย เพราะการที่ผู้ดูแลและชุมชนยอมรับ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งจำเป็น (มนตรี จันทา และคณะ, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกันมีความใกล้ชิดผูกพันทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง รับรู้และคาดหวังว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (แก้วตา มีศรีและเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ, 2555) สมาชิก ร่วมกันตัดสินใจวางแผนช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจผู้ดูแล ซึ่งการยกย่อง การเห็นคุณค่า ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และการยอมรับ จากสมาชิกในกลุ่ม เป็นปฏิสัมพันธ์ที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการ ประคับประคองด้านจิตใจ ส่งผลให้การรับรู้ลดภาระเชิงอัตนัยลดลงได้ (Elliot, 1998; Grandón, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการดูแลและเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา เหมะรัต, วิภาวี เผ่ากันทรารกร และสุชาดา หุณขสาร (2555) เรื่องการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น เกิดเครือข่ายสุขภาพ เกิดความภาคภูมิใจความสนใจ และทีมชุมชนมีความร่วมมือเป็นอย่างดีมีความช่วยเหลือเกื้อกูล เกิดความเห็นอกเห็นใจของคนในชุมชน มีความสามัคคี รักใคร่กันมากขึ้น นำไปสู่ การช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถที่จะใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวในชุมชนได้อย่างมีความสุข จะทำให้เกิด ความภาคภูมิใจ

สมาชิกกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับร่วมกันหากได้ปฏิบัติตามแผนการช่วยเหลือ การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ และมีแผนการประเมินผล ผู้วิจัยให้ทำกิจกรรมเพื่อเสริมทักษะให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในเรื่องการผ่อนคลายความเครียด เนื่องจากภาระด้านอัตนัยเป็นผลกระทบด้าน

จิตใจ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Montgomery et al., 1985) ดังนั้นการรับรู้ว่าตนเองกำลังเครียดและหาทางผ่อนคลายความเครียด ด้วยการฝึกให้ผู้ดูแลจัดการกับปัญหาทางอารมณ์และใช้วิธีคลายเครียดอย่างเหมาะสม ได้ฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถเลือกใช้วิธีคลายเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะเชิงอัตนัยลดลง (Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันและที่มีความจำเป็นในเรื่องโรคจิตเภท เป็นแนวคิดการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ของ House (1985) โดยผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981) ด้วยการให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความเข้าใจในประเด็นเรื่องความรู้โรคจิตเภท ปัญหาจากการควบคุมอาการของผู้ป่วย ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้นของตนเอง หลังจากสมาชิกกลุ่มร่วมกันตัดสินใจสรุปประเด็นปัญหาของกลุ่มด้านข้อมูลข่าวสารแล้ว ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การเจ็บป่วยทางจิตที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน หลังจากนั้นสมาชิกกลุ่มร่วมกันวางแผนปฏิบัติการ วิเคราะห์ผลประโยชน์ที่จะได้จากการลงมือปฏิบัติจริงร่วมกันและได้มีการดำเนินการการมอบหมายหน้าที่กันในกลุ่ม เพื่อเป็นแนวทางเข้าถึงการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น แบบระบบเครือข่าย เป็นการเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยก็จะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเครียดน้อยลง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะเชิงอัตนัยลดลง (จิราพร รักการ, 2549; Marsh and Johnson, 1997; Magliano and Fiorillo, 2007) เนื่องจากการช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลทั้งภาระด้านปรณัยและด้านอัตนัย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ มีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt and Weinert, 1985) หลังจากนั้นสมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันวางแผนการติดตามประเมินผล โดยประเมินผลระยะสั้นแบบให้ทดลองปฏิบัติจริงด้วยวิธีการสื่อสารเพื่อรับข้อมูลจากกิจกรรมที่กลุ่มร่วมกันกำหนดการให้ครอบครัวและทีมชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับการรักษาผู้ป่วย จะเป็นสิ่งเชื่อมโยงให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้กลายเป็นหุ้นส่วนในการบริการร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพจิต (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2555)

กิจกรรมที่ 4 การให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่มีในชุมชน เป็นแนวความคิดการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ของ House (1985) โดยผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981) สมาชิกกลุ่มร่วมรับรู้และประเมินปัญหาด้านความต้องการทรัพยากรของสมาชิกในกลุ่ม โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆที่ผู้ดูแลแต่ละคนได้รับ ผู้วิจัยเพิ่มเติมข้อมูลแหล่งทรัพยากรในชุมชน นอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่ม วิธีการขอรับความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้ถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่สามารถใช้ประโยชน์ในการช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกกลุ่มร่วมกันตัดสินใจเลือกการจัดการกับข้อมูล และกำหนดแหล่งทรัพยากรในชุมชนในการช่วยเหลือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในรูปแบบต่างๆ แหล่งติดต่อขอขึ้นทะเบียนผู้พิการ กลุ่มและชมรมต่างๆ ในชุมชน แหล่งรับคนเข้าทำงานในชุมชน แหล่งกองทุนสิ่งของที่จำเป็นภายในชุมชน ลานกีฬา สถานที่สาธารณะ เป็นต้น

สมาชิกกลุ่มร่วมวิเคราะห์ผลประโยชน์ที่จะได้รับจากแนวทางการดูแลและตกลงมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบโดยทีมชุมชน เป็นแผนการดูแลด้านทรัพยากรในชุมชน เช่น แหล่งสนับสนุนด้านอาชีพ ชมรมต่างๆ การประเมินผลลัพธ์ของการมีส่วนร่วม จากแผนการดูแลที่เกิดขึ้นหลังทำกิจกรรม เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลทั้งภาระด้านปรนัยและด้านอัตนัย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ มีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt and Weinert, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2555) ที่กล่าวว่าผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตก็เป็นสมาชิกของสังคมเช่นกัน ดังนั้น สิ่งแวดล้อมทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยในชุมชน นั่นคือ หากสิ่งแวดล้อมในสังคมมีความเอื้ออำนวย ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างกลมกลืนมากขึ้น และการส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างจริงจังและจริงจัง ร่วมรับผิดชอบในสังคม ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับความสุข ความพึงพอใจร่วมกันในรูปแบบชุมชนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดปัญหาการกลับป่วยซ้ำ เป็นการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลให้ผู้ป่วยให้สามารถอาศัยในสังคมได้ ลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเป็นการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน (นาฎยา คงวัดใหม่, 2549; เปรมฤดี คำรักษ์และคณะ, 2557)

2. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่ำกว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ว่า กระบวนการกลุ่มของกระบวนการกลุ่มของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนมีผลต่อการลดภาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าได้รับการพยาบาลตามปกติ

ทั้งนี้เป็นเพราะ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องทำให้ผู้ดูแลได้ ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเอง สามารถเผชิญต่อความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสามารถประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมตนที่เป็นปัญหา และนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหาและการให้ชุมชนระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม เป็นการตอบสนองของสังคม ซึ่งมีผลต่อบริการการดูแลทางด้านสุขภาพจิต (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2555) เป็นกระบวนการที่ให้ทีมชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีเกิดความคิดเชิงบวกต่อบทบาทผู้ดูแล ได้พัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ รับรู้ข้อมูลความรู้ที่เป็นปัจจุบันและที่มีความจำเป็นในเรื่องโรคจิตเภท เป็นการช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย แหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในชุมชนก็เช่นเดียวกัน หากผู้ดูแลสามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่ทันต่อความต้องการความช่วยเหลือได้ ย่อมส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเมื่อผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้แล้ว จะทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จึงส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดน้อยลง ภาวะเชิงอัตนัยลดลง

จากการที่ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมสอดคล้องกับความต้องการจนส่งผลให้การรับรู้ภาวะเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยลดลง สามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้ หากมีการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอและตรงตามความต้องการที่ซับซ้อนและหลากหลายของแต่ละบุคคล บุคคลจะสามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาที่เกี่ยวข้องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีกว่าบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย ตรงกับการศึกษา ของ Yeh. et al. (2008) ที่ได้ศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคม

ร้อยละ 66.1 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะการดูแล พบว่าการพยาบาลเพื่อช่วยลดการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นั้นควรมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมจนส่งผลให้การรับรู้ภาระเชิงปรณัยและเชิงอัตนัยลดลงได้ (Chien and Norman, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีที่สุด (Chien, Chan and Morrissey, 2007)

จากการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีภาระการดูแลก่อนการทดลอง ทั้งภาระเชิงอัตนัย ภาระเชิงปรณัยอยู่ในระดับปานกลางและมาก แต่ภายหลังการทดลอง มีการรับรู้ภาระน้อยลงอยู่ที่ระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้ง 20 คน มีภาระเชิงอัตนัยลดลงหลังการทดลองพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้ง 20 คน มีภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรณัยลดลง

สำหรับในกลุ่มควบคุม ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแล ก่อน และหลังการทดลอง ทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับสูงเช่นเดิม ภายหลังการทดลองมีการรับรู้ภาระน้อยลงเพียงเล็กน้อย อธิบายได้ว่าผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบ้านโป่ง จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน ประกอบด้วยการสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วย และครอบครัว ให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับอาการเตือน อาการข้างเคียงจากการใช้ยา วิธีการใช้ ยาจิตเวช ให้ความรู้เรื่อง การจัดสิ่งแวดล้อม วิธีการคลายเครียดรวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อ.ส.ม.)หรือบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นการให้เพียงคำแนะนำตามปัญหาที่พบอาจมีรูปแบบไม่ชัดเจนในการให้คำแนะนำอาจได้การพยาบาลที่ไม่ครอบคลุมเพียงพอ และประการหนึ่งคือผู้ดูแลไม่ได้รับการบำบัดจากกิจกรรม การประเมินค่าสถานการณ์ ส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล ข้อมูลแหล่งทรัพยากรและวิธีการเข้าถึง รวมทั้งกิจกรรมอื่นๆ เหมือนกับในกลุ่มทดลอง จึงส่งผลให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยระหว่างก่อนและหลังการได้รับการดูแล

ตามปกติ ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนมีผลต่อการลดภาระได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า การดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

ปัญหาที่เกิดจากการดำเนินการทดลอง

1.ด้านลักษณะของพยาบาลและทีมชุมชน

1.1 การพัฒนาทักษะการทำงานในชุมชน พยาบาลต้องมีทักษะการสื่อสาร ความสามารถติดต่อประสานงานที่ดี ซึ่งมีผลต่อการสร้างเครือข่ายไว้ประสานการช่วยเหลือ เพราะเครือข่ายภาคประชาชนเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลสุขภาพ จึงจำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย การที่พิจารณาสภาพปัญหาและทำความเข้าใจบริบทที่เกี่ยวข้อง จะทำให้เข้าใจวิถีชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วย และชุมชนที่ศึกษามากขึ้น

1.2 ทีมชุมชนมีความสำคัญมาก หากเป็นผู้ที่นำเชื่อถือและมีบทบาทสำคัญในชุมชน ย่อมจะอำนวยความสะดวกความสำเร็จในการดำเนินงาน เพราะ กลุ่ม/ ชมรม /องค์กรต่างๆในชุมชนจะให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวก และร่วมมือปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ดูแลและผู้ป่วยที่เกิดจากมติของทีมชุมชน นอกจากนี้ ในทีมชุมชนผู้ที่เป็นตัวแทนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ต้องเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในงานสาธารณสุข จะช่วยให้เข้าใจถึงระบบบริการสาธารณสุข ส่งผลดีต่อการประสานงานและการมีส่วนร่วมในการวางแผนทางการดูแลผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

2.ด้านผู้ดูแลผู้ป่วย

พบว่ามีความเชื่อส่วนบุคคลเรื่องอาการป่วย ทำให้ปฏิเสธการช่วยเหลือและการเข้าดูแลที่บ้านดูแลจากพยาบาลและทีมชุมชน บางรายมีปัญหาเศรษฐกิจ และไม่มียานพาหนะในการเดินทางมาร่วมกิจกรรม ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้นำชุมชนเป็นผู้พามา

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษา ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อเตรียมความพร้อมของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งต้องมีทักษะในการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพและทักษะในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า นอกจากนี้ยังต้องมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีความสามารถประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อความราบรื่นบรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินการศึกษาวิจัย

1.2 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน ควรนำวิธีการของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ไปประยุกต์ใช้ในการจัดรูปแบบกิจกรรมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบด้านการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.3 การนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ไปใช้สามารถปรับรูปแบบและระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน นอกจากนี้ยังสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ หรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้มีการศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน และสามารถนำวิชาความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาและลดอุปสรรคต่างๆ ขณะที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนนั้นด้วย

2.2 ควรมีการศึกษาติดตามผลของการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามประเมินผลทุก 1 เดือน ทุก 3 เดือน หรือทุก 6 เดือน ซึ่งเป็นดีต่อทั้งผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ตลอดจนนำมาเป็นโอกาสพัฒนาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีกำลังใจ ชุมชนยอมรับและเข้าใจทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย หรือเพื่อเป็นการป้องกันผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดมากจนเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชรายใหม่ในชุมชน

2.ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื่องอื่นๆ ในชุมชน เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันหรือไม่

3.ควรมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนกับตัวแปรตามอื่นๆ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ความสามารถในการดูแล หรือมีการศึกษาปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ**

2557. นนทบุรี: กองแผนการดูแล กรมสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ**

2558. นนทบุรี : กองแผนการดูแล กรมสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). **แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต**. นนทบุรี: สำนัก

ยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2555). **สถิติสำหรับงานวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธรรม

สาร.

แก้วตา มีศรี. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา**

ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แก้วตา มีศรีและเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2555). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถใน**

การดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. **วารสารการพยาบาลจิตเวช**

และสุขภาพจิต, 26(1), 35-49.

ชนิษฐา สุขทอง. (2554). **ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อการดูแลและ**

การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชนิษฐา สุขทอง เพ็ญพักตร์ อุทิศและรัชนิกร เกิดโชค. (2555). **ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษา**

ครอบครัวแบบกลุ่มต่อการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต

เภทในชุมชน.**วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 26(3), 15-27.

เชมณัฐ ศรีพรหมภัทร พัทธินันท์ นันทจันทร์และโสภณ แสงอ่อน. (2558). **ความสัมพันธ์ระหว่าง**

ความแข็งแกร่งในชีวิต ตราบาป ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วน

บุคคลกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
รามธิบดี, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราพร รักการ.(2549). **ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธ์. (2541). รายงานวิจัยเรื่อง **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลด้าน
สุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง.** กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชัญชฎา คมขำ และรัชนิกร เกิดโชค. (2556). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ
ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต, 27(3), 101-112.**

ดวงกมล ปิ่นเฉลียว. (2559).บทความวิชาการ: การเสริมสร้างสุขภาพจิตด้วยความคิดเชิงบวก.
วารสารพยาบาลตำรวจ. 8(2),223-230.

เดือนแรม ยศปัญญา และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย.(2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็ง
ในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. **วารสารการพยาบาลจิต
เวชและสุขภาพจิต, 28(3)63-74.**

ทีปประพิน สุขเขียว. (2543). **การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.**วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธีระ ลีลำนันทกิจ. (2550). **โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิวโรเล็พติกที่ร้ายแรง.** กรุงเทพฯ:พิมพ์ครั้งที่ 1 .
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ธวัชชัย ลีพานาจ. (2552).**ตำราโรคจิตเภท.**สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.

นภาพรณ พึ่งเกษสุนทร. (2553).**ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลใน
ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.**วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพรณ พึ่งเกษสุนทร และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554).ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อ
ภาระการดูแลของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. **วารสารการพยาบาลจิต**

เวชและสุขภาพจิต, 25(2) 51-63.

นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและ
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นพรัตน์ ไชยธานี. (2553). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง:บูรณาการสู่การปฏิบัติ.

กรุงเทพมหานคร: บริษัทจุดทอง.

บุบผา ธนิกกุล. (2554). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการ
ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุบผา ธนิกกุล และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2555). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้าง
 พลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิต
เวชและสุขภาพจิต, 26(2)74-86.

บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนดโอ
 อินเตอร์ มีเดีย.

เปรมฤดี ดำรักษ์ อังคณา วังทอง และอนุชิต วังทอง. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล
 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี.วารสารสมาคมนักวิจัย,
 19(2).92-103.

ประคอง กรรณสูตร.(2542).สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่3.กรุงเทพฯ:
 ศานสุทธาการพิมพ์.

ปาณิสรา เกษมสุข. (2551). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะการดูแลและ
ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปาณิสรา เกษมสุข, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2551). ผลของโปรแกรมกลุ่ม
 บำบัดระดับประคองต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.
วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย.1(2-3), 75-93.

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์.(2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

พิชญ์ คลังสิน. (2552). ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัคร

สาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี, ปัญหาพิเศษ
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารทั่วไป,วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ,
มหาวิทยาลัยบูรพา.

เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์.(2551). บทความวิชาการ:การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของสังคมไทย.

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 22(1).1-7.

เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา. (2547). トラバ:การรับรู้
และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. วารสารการพยาบาลจิตเวช,
18(1),1-9.

เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2544). **ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน**. เอกสารประกอบการบรรยายวิชา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2555). **ทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน**. คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา).

ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (2544). **รูปแบบการทำนายภาวะของผู้ดูแล: การทดสอบเชิงประจักษ์ใน
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการ
พยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). **จิตเวชศาสตร์ศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 8.
กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2552). **จิตเวชศาสตร์ รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: ปัยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

มานิช หล่อตระกูล . (2555). **จิตเวชศาสตร์ศาสตร์ รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

มนตรี จันทา, สมัทนา กลางคาร และจุฬารัตน์ หัวหาญ. (2554). รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม
สุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วมตำบลหนองบัว อำเภอศิขรภูมิจังหวัด
สุรินทร์. **วารสารสุขภาพภาคประชาชน**. 7(1), ประจำเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2554.

รจนา ปุณโณทก. (2550). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**.วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ พยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- วันทนีย์ ล้าเลิศ. (2558). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริจิต สุทธจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). โรคจิตเภท (Schizophrenia) : ระบาดวิทยาและการรักษา. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 54 (ฉบับผนวก 1) : 21S – 37S.
- สกาเวเดือน กลิ่นน้อย อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 26(1), 62-72.
- สรงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์. (2539). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้นำชุมชนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมคิด ตีร์ราภิ. (2545). **ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภาพ เรื่องตระกูล (2557). **ตำราจิตเวชศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 10 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุทธิดา บัวจัน. (2557). **ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ แสงดาว. (2554). **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ แสงดาว, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และรัชนิกร เกิดโชค. (2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 26(3),97-111.

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). **คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2560**. ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.กรุงเทพมหานคร.

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. (2553). **การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับ
โรคซึมเศร้า**. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพลสจำกัด.

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย . (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพมหานคร บริษัทวีพรีน.

อรรวรรณ ช้องต้อ (2550).**ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ
รักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
พยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2557). **เอกสารการสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**.
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. (2554). วันที่ค้นข้อมูล 30 มีนาคม 2560, เข้าถึงได้จาก
http://phc.moph.go.th/www_hss/frontend/theme/dynamic_content

ภาษาอังกฤษ

Awad, A. G., and Voruganti, L. N. P. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers:
A review. PharmacoEconomics 26(2): 149-162.

Buchanan, R.W., and Carpenter, W. T. (2005). Concept of Schizophrenia. In **B. J.
Sadock, and V. Sadock (Ed.), Kaplan and Sadock's comprehensive
textbook of psychiatry (8th ed.)**. Philadelphia: Lippincott Williams and
Wilkins.

Burns,N., and Grove,S. (2001).**The Practice of Nursing Research: Conduct Critique
and Utilization**.2 ed. Philadelphia:W.B. Saunder.

- Chien,W.T.,Chan,S., Morrissey,J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. **Journal of Clinical Nursing**, 16(6):1151-61.
- Chien, W.T, and Norman, I. (2009). The effectiveness and active ingredients of mutual support groups for Family caregivers of people with psychotic disorders: A literature review.**International journal of Nursing Studies**, 44(12), 1604-1623.
- Chou, K.-R., Liu, Su-Yen. and Chu, Hsin. (2002).The effects of support groups on caregivers of patients with schizophrenia. **International Journal of Nursing Studies**, 39(7),713 - 722.
- Crotty, P. and Kuly, R. (1986). Are Schizophrenics a burden to their families? Significant others views. **Health Social Worker**,11, 173-188.
- Cohen, J.M., and Uphoff, N.T. (1981). **Rural Development Participation: Concept and Measure For Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies**. New York: Cornell University Press.
- Dangdomyouth, P. (2006). **Family caregiving process for a person with schizophrenia**. Doctoral dissertation. Nursing Science, Graduate school, Chulalongkorn University.
- Dangdomyouth, P., Stern,P.N., Oumtanee,A and Jintana Yunibhand .2008 .Tactful monitoring: How Thai caregivers manage their relative with schizophrenia at home. **Issues in Mental Health Nursing**, 29: 37–50.
- Dyck,DG.,Short,R.,Vitaliano,PP. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. **Psychosom Med**. Jul-Aug;61(4):411-9.
- Ganguly, K. K. C., R. K. Singh, T.B. (2010). Caregiver Burden and Coping in Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Qualitative Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*.13(2):126 - 142.

- Harvey,P.D., Strassing,M. (2012). Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. **World Psychiatry**. 2012 Jun; 11(2): 73–79.
- House. J. S. et al. (1981). Social support occupational stress and health. **Journal of Health and Social Behavior**,21,202-218.
- House, James S. and Robert L. Kabarl.(1985) "Measures and concepts of social support." In Sheldon Cohen and S. Leonard Syme (eds.), **Social Support and Health**: 83-108. New York: Academic Press.
- Jagannathan, A. (2014). Predictors of family caregiver burden in schizophrenia: Study from an in-patient tertiary care hospital in India.**Asian Journal of Psychiatry**, 8, 94-98.
- Rice, J. (2006). **Mathematical statistics and data analysis**. Nelson Education.
- Kazadi, N. J. B., Moosa, M. Y. H., and Jeenah, F.Y. (2008). Factors associated with relapse in schizophrenia. **South African Journal of Philosophy**, 14(2), 52-62.
- Keefe, R.S.E., Goldberg,T.E., Harvey, P.D., Gold, J.M., and Coughenour,l. (2004). The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability,sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. **Schizophrenia Research**, 68, 283 – 297.
- Kurtz, M.M., Wexler,B.E., Fujimoto, M., Shagan, D.S., Seltzer, J.C. (2008). Symptoms Versus Neurocognition as Predictors of Change in Life Skills in Schizophrenia after Outpatient Rehabilitation. **Schizophrenia Research**, 102(1-3):303-11.
- Lasebikan, V. O., and Ayinde, O. O. (2013). Family burden in caregivers of schizophrenia patients: Prevalence and socio-demographic correlates. **The Indian Journal of Psychological Medicine**, 35(1), 60-66.

- Mcdonell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., and Dyck, D. G. (2003). **Burden in Chizophrenia caregivers: Impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality.** *Family Process*, 42(1), 91-103.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., and Hooyman, N. R. (1985). **Caregiving and experience of subjective and objective burden.** *Family Relations*, 34(4), 19-26.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Xavier, M., Held, T., Guarneri, M., Marasco, C., Tosini, P., Maj, M. Burden on the families of patients with schizophrenia: Result of the BIOMED I study. **Social Psychiatric Epidemiology.** 33 1998 : 405-412.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Rosa, C. De., Malangone, C. (2005). Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. **Social Science and Medicine**, 61(2), 313-322
- Reinhard, S.C. Living with mental illness: Effect of the professional support and personal control on caregiver burden. **Research in Nursing and Health.** 17(1994): 79-88.
- Phanthunane, P. **Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease.** *Population Health Metrics* 2010, 8 : 24 10.1186 / 1478-7954-8-24.
- Sahoo, S., Brahma, P. K., and Mohapatra, P. K. (2010). Burden of caregiver of caregiver's among the mentally ill and diabetic patients-A comparative study. **The Orissa Journal of psychiatry**, 1, 39-47.
- Stewart, M.J., Doble, S., Hart, G., Langille, L., Mac Pherson, K. (2002). Peer visitor support for family caregivers of seniors with stroke. **Canadian Journal of Nursing Research.** Retrieved January, 20 2006, Available Abstract from; www.Medline Database : Issn : 08445621.
- Tompson, E.H., Futterman, A.M., Gallagher-Tompson, D., Rose, J.M., and Lovett, S.B., Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elder.

Journal of Gerontology. 48 1993: 245-254.

Thompson, e.h., and Doll, w. (1982). The Burden of Families Coping With the Mentally Ill: An Invisible Crisis. **Family Relations**, 31(3), 379-388.

Vasudeva, S., Sekhar, C.K., and Rao, P. G. (2013). Caregivers burden of patients with schizophrenia and bipolar disorder: A sectional study. **Indian Journal of Psychological Medicine**, 35(4), 352-357.

Williams, C.A. (1989). Patient education for people with schizophrenia. **Perspective in Psychiatric Care**. 25, 14-21.

World Health Organization. (1992). **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines**. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2011). **Schizophrenia. What is Schizophrenia**. (Online). Available. from: [www.who.int/mental_ health /management/ schizophrenia/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/)(2010,July 1).

World Health Organization. (2013). Schizophrenia. Retrieved March 7, 2014, from [http://www. who.int/mental health/management/ schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/)

Yikikan,H.,Aypak,C., and Gorpelioglu,.S.(2014). Depression, Anxiety and Quality of Life in Caregivers of Long-Term Home Care Patients. **Archives of Psychiatric Nursing** 28(3),193-196.

Yusuf, A. J., Nuhu, F. T., and Akinbiyi, A. (2009).Caregiver burden among relatives of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. **The South African Journal of Psychiatry**, 15(2), 43-47.



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
แพทย์หญิงนิธิญาณ์ จำปาแดง	นายแพทย์ชำนาญการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี
นางสาวสมลักษณ์ เขียวสด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้น สูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลราชบุรี
นางสาวหยาดชล ทวีธนาภิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
นางสาวจากรุวรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้น สูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลมะการักษ์
นางลีนจง บุญถนอม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ปฏิบัติงานด้านการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน) โรงพยาบาลบ้านโป่ง



ภาคผนวก ข

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา

การตรวจความตรงของเนื้อหา (CVI: Content validity Index) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

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

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

1. ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม

$$CVI = \frac{24}{24} = 1.00$$

2. ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงปรนัย

$$CVI = \frac{24}{24} = 1.00$$

3. ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงอัตนัย

$$CVI = \frac{24}{24} = 1.00$$

4. ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

$$CVI = \frac{19}{19} = 1.00$$



การคำนวณค่าความเที่ยงของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

RELIABILITY ANALYSIS – SCORE (ALPHA)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
S1.1	38.27	74.340	.306	.816
S1.2	38.17	68.971	.516	.805
S1.3	37.43	69.289	.635	.800
S1.4	37.73	70.133	.680	.800
S1.5	38.33	75.195	.303	.816
S2.6	37.87	67.499	.502	.805
S2.7	38.00	64.897	.658	.794
S2.8	38.23	65.289	.706	.792
S2.9	37.73	74.547	.271	.818
S3.10	37.93	69.926	.350	.816
S3.11	38.03	76.792	.159	.821
S3.12	36.50	73.845	.203	.824
S3.13	38.27	73.651	.297	.817
S3.14	37.87	71.775	.291	.819
S4.15	37.70	75.114	.264	.818
S4.16	38.17	64.144	.720	.790

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
S4.17	37.80	75.683	.183	.822
S4.18	37.43	75.909	.192	.821
S4.19	38.53	75.430	.271	.817

Reliability Statistics

N of Cases = 30.0

Cronbach's Alpha = .82

N of Items 19





ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง เครื่องมือชุดนี้เป็นแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในข้อความ หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว
 - เพียงพอและเหลือเก็บ เพียงพอกับรายจ่าย
 - ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ไม่มีรายได้ อื่น ๆ ระบุ.....
4. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย.....ปีเดือน
5. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 - พ่อ แม่ พี่ น้อง
 - สามี ภรรยา บุตร อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิด

จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา
มาก	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์
น้อย	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง หรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาวะเชิงอัตนัย					
1. ท่านรู้สึกเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
4. ท่านรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่นๆที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
5. ท่านรู้สึกซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
6.....					
7.....					
8.....					
9.....					
10.....					
11.....					
12. ท่านกังวลว่าต่อไปในอนาคตผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่านดูแล					

คำชี้แจง โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านซึ่งเกิดจากการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน

มาก หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกอาทิตย์

ปานกลาง หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง

น้อย หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านนานๆ ครั้ง

น้อยที่สุด หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านน้อยมากหรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงปรนัย					
1.การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน					
2.ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
3.เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัว เพิ่มมากขึ้น					
4.เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอาการกำเริบและอาละวาด ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวจะถูกทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บ					
5.การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลานอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ					
.....					
.....					
9.....					
10.....					
11.....					
12.การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลดนอนไม่หลับ ฯลฯ					

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับชนิดและความรู้สึกของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทางวัตถุ การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสารมีจำนวนข้อคำถาม 19 ข้อ

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่เกิดขึ้นกับท่านเลย

นานๆครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านนานๆครั้ง

บางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง

บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง

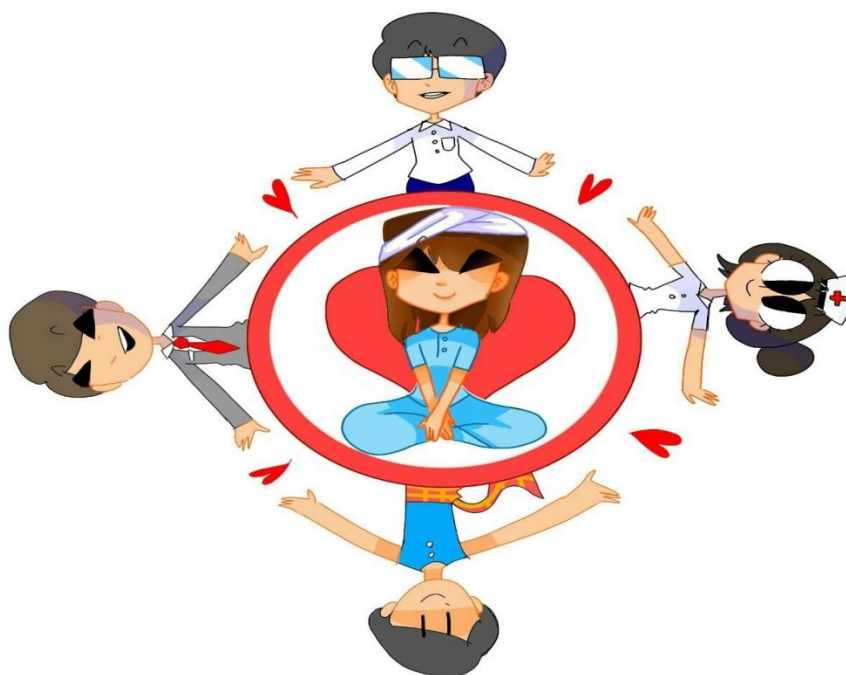
ตลอดเวลา หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านตลอดเวลา

โปรดเลือกทำเครื่องหมาย / ในช่องด้านขวามือในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

ข้อความ	ไม่เป็นจริงเลย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอดเวลา
การสนับสนุนทางอารมณ์					
1. มีทีมชุมชนร่วมแสดงความเอาใจใส่ ห่วงใย เมื่อทราบว่าสมาชิกในครอบครัวของท่านป่วยเป็นโรคจิตเภท					
2. มีทีมชุมชนคอยรับฟังเมื่อท่านมีความทุกข์ ไม่สบายใจ หรือมีปัญหา จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
3.....					
4.....					
5.....					
การสนับสนุนด้านทรัพยากร					
6. ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
7. ท่านมีทีมชุมชนที่คอยช่วยเหลือโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน					
8.....					

ข้อความ	ไม่เป็น จริงเลย	นานๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ตลอด เวลา
9.....					
การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า					
10.ท่านรู้สึกว่าคุณไม่เป็นที่ต้องการของบุคคลใน ชุมชนเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
11.การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ท่านได้รับการ ยอมรับในสังคมลดลง					
12.ท่านรับรู้ว่าคุณเป็นบุคคลสำคัญในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท					
13.....					
14.....					
การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร					
15.ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น					
16.เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ท่านมีทีมชุมชนให้คำแนะนำและช่วยแก้ปัญหาได้					
17.....					
18.....					
19.ท่านไม่ได้รับทราบรายละเอียด ในการติดต่อใน เรื่องต่างๆ เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์					

คู่มือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

โดย

นางจรัสพร หอมจันทร์ดี

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2559

คำนำ

โรคจิตเภท เป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง เป็นโรคที่เป็นปัญหาการเจ็บป่วยสำคัญที่มีอัตราส่วนสูงสุดเมื่อเทียบกับโรคทางจิตทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถมากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวช และเนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อจากโรงพยาบาล ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลช่วยเหลือขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย และผลกระทบต่อครอบครัว ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ครอบครัวและชุมชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งถือว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985) ผสมผสานกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิด Cohen and Uphoff (1981) เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาให้ผู้ดูแลมีความเครียดจากการทำบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง และทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา และการดูแลที่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและชุมชนได้ร่วมกันหาแนวทางได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพ เป็นการร่วมแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เหมาะสมช่วยเหลือครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยสามารถอาศัยในสังคมได้ อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีศักดิ์ศรีในสังคม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จรัสพร หอมจันทร์ดี

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
คำนำ	
โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน	1
กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)	2
กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)	9
กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูล (Informational Support)	22
กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)	31



โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนา ตามแนวคิด ของ House (1985) ซึ่งมีเนื้อหาส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร และใช้กระบวนการที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวคิด Cohen and Uphoff (1981) ใน 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามบริบทของชุมชน ประกอบด้วย กิจกรรมดำเนินการ 4 กิจกรรม ๆ ละ 1 สัปดาห์รวม 4 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลา ครั้งละ 60-90 นาที โดยดำเนินกิจกรรมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง เป็นรายกลุ่มดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)
- กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)
- กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)
- กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

แผนการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแล ทีมชุมชน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลได้ประเมินตนเอง ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตน สามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการทำบทบาทผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ทีมชุมชนเข้าใจผู้ดูแล มีส่วนร่วมคิด วางแผนการช่วยเหลือ และกำหนดหน้าที่ในช่วยเหลือผู้ดูแล

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ดูแลสามารถ

1. มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ทีมชุมชนและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนข้อมูล

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถประเมินค่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย นำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน มาใช้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

3. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพได้

4. บอกความต้องการความช่วยเหลือ และยอมรับการช่วยเหลือจากทีมชุมชน

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ การส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ประเมินตนเอง ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตน การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ เรียนรู้การอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยอย่างมีความสุข ด้วยกิจกรรมการมีส่วนร่วม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้สำรวจปัญหาของกลุ่ม ตระหนักรู้ถึงศักยภาพความมีคุณค่าของตนเอง และบุคคลอื่น ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย วิธีการแก้ไขปัญหาของตน ชุมชนร่วมรับรู้ปัญหา แสดงการยอมรับและชื่นชม เมื่อผู้ดูแลมีวิธีแก้ปัญหที่เหมาะสม เมื่อกลุ่มทราบประเด็นปัญหา กลุ่มร่วมกันตัดสินใจจัดลำดับความสำคัญและปฏิบัติการจัดการกับปัญหา โดยการประเมินค่าสถานการณ์แบ่งปันข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีและชุมชนมีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา ส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย กำหนดผู้ดูแลรองเพื่อแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. คู่มือสำหรับผู้ดูแลและผู้นำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบงานที่ 1/1 ประเมินค่าของสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบงานที่ 1/2 วิธีจัดการกับปัญหาเชิงบวก
4. ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้เกี่ยวกับการประเมินค่าสถานการณ์
5. ใบความรู้ที่ 1/2 วิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ
6. ใบงานที่ 1/3 การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ต้องการ
7. ดินสอ ปากกาเคมี กระดาษฟลิปชาร์ต

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มตัวอย่าง ด้วยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ด้วยการให้จับคู่กัน แลกเปลี่ยนข้อมูลส่วนตัวหลังจากนั้นให้แนะนำตัวและบอกสิ่งที่ประทับใจที่สุดต่อคู่ของตนเองที่ละคนแก่สมาชิกในกลุ่ม สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร
2. ผู้วิจัยแนะนำทีมชุมชนให้ผู้ดูแลได้รู้จัก ชี้แจงให้ผู้ดูแลทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ
3. ผู้ดูแลประเมินค่าของสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผ่านมุมมองของตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์พฤติกรรมที่แสดงต่อผู้ป่วย และผลที่ได้รับในลักษณะต่างๆ ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามใบงานที่ 1/1
4. ผู้วิจัยสรุปประเด็น จากผู้ดูแลมีการประเมินค่าของสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการเผชิญความเครียดด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพเป็นอย่างไรบ้าง
5. ผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องการประเมินค่าสถานการณ์ที่เหมาะสม ตามใบความรู้ที่ 1/1 และตามใบความรู้ที่ 1/2 วิธีจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ
6. ผู้วิจัยชวนให้กลุ่มตัวอย่าง ฝึกทักษะจัดการกับปัญหาเชิงบวก ตามใบงานที่ 1/2
7. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้กลุ่มตัวอย่างสร้างเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันวางแผนลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยชุมชนเข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย ใบงานที่ 1/3

8. การมอบหมายการบ้านให้ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ด้วยวิธีจัดการกับปัญหาด้วยการติดตาม จดบันทึกเรื่องราวสถานการณ์ปัญหาที่ผ่านเข้ามา และสามารถผ่านวิกฤตต่างๆ ไปได้ด้วยวิธีจัดการกับปัญหาอย่างไร นำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มและนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

โดยประเมิน การสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือ ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็น ซักถามปัญหาต่างๆ ขณะร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลสามารถประเมินตนเอง ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเอง สามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการทำบทบาทผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ กำกับการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยแบบประเมิน check list



ใบงานที่ 1/1 ประเมินค่าของสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเข้าใจของท่าน

ปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีอะไรบ้าง	ท่านแก้ปัญหานั้นอย่างไร
1.	
2.	
3.	
4.	

ใบงานที่ 1/2
วิธีจัดการกับปัญหาเชิงบวก

คำชี้แจง โปรดตอบตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเข้าใจของท่าน

ประเด็น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดความเครียด จากสถานการณ์ต่างๆท่านมีวิธีจัดการกับปัญหาเชิงบวกอย่างไร

ตัวอย่างสถานการณ์	การคิดที่สร้างสรรค์
1. คนในครอบครัวทะเลาะกัน	
2. เมื่อรู้ว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยรุนแรงและเรื้อรัง	
3. ผู้ป่วยตะโกนด่า ส่งเสียงดัง	
4. มีหนี้สินก้อนใหญ่	

ใบงานที่ 1/3 การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ต้องการ

ปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง และความต้องการความช่วยเหลือโดย
ชุมชนมีส่วนร่วม

ปัญหาที่พบ	สิ่งที่ต้องการ ความช่วยเหลือ	แนวทางการช่วยเหลือ
1.		แผนการดูแล..... การปฏิบัติการ..... วิธีประเมินผล.....
2.		แผนการดูแล..... การปฏิบัติการ..... วิธีประเมินผล.....
3.		แผนการดูแล..... การปฏิบัติการ..... วิธีประเมินผล.....

ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้เกี่ยวกับการประเมินค่าสถานการณ์

เมื่อเผชิญความเครียดต้องรู้จักจัดการกับความเครียด

ความเครียด เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายในตัวเรา เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มากระทบหรือกระตุ้นจากภายนอกตัวเรา ในชีวิตประจำวันทุกคนจะมีความเครียดเกิดขึ้นต่อตนเอง จะรุนแรงหรือไม่ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ

ผลกระทบของความเครียด

ผลกระทบต่อตนเอง

ทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดศีรษะข้างเดียว หัวใจเต้นแรงและเร็ว มือ เท้าเย็น ท้องอืด คลื่นไส้หรือป็นป่วนในท้อง ความดันโลหิตสูง หอบหืด โรคหัวใจ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ฯลฯ
ทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย วิตกกังวล ซึมเศร้า ฯลฯ

ทางด้านความคิด เช่น หดหู่ ไม่มีสมาธิ ตัดสินใจลำบาก หลงลืมง่าย มีความคิดทางลบ มากกว่าทางบวก เห็นตัวเองไม่มีคุณค่า สิ้นหวัง ฯลฯ

ทางพฤติกรรม เช่น ต้มจัดมากเกินไป สูบบุหรี่จัด ไม่เจริญอาหาร ก้าวร้าว นอนไม่เต็มที่ ฯลฯ

ผลกระทบของความเครียดต่อครอบครัว ครอบครัวขาดการสื่อสารที่ดีซึ่งกันและกันไม่ยอมรับและไม่มีความเข้าใจกันเกิดความขัดแย้งทะเลาะวิวาท เกิดการหย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ระหว่างสามีภรรยา ลูกไม่ได้รับความรักความอบอุ่น และความเอาใจใส่จากพ่อแม่

ผลกระทบของความเครียดต่อการทำงาน ไม่มีสมาธิในการทำงาน ทำงานบกพร่องและผิดพลาดไม่รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายขาดงานบ่อยประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

ข้อดีและข้อเสียของความเครียด ความเครียดในระดับต่ำในระยะสั้นๆ จะทำให้มีการตื่นตัว มีความกระตือรือร้นในการทำงาน เช่น ก่อนสอบจะมีสมาธิในการอ่านหนังสือ ข้อเสีย ถ้ามีความเครียดระดับสูงในระยะยาวไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลเสียต่อตนเอง ครอบครัว การงาน

ใบความรู้ที่ 1/2 วิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัญหาในรูปแบบต่างๆทำให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของคนเรา ความเครียดที่เกิดขึ้นปกติจะไม่รุนแรงเกินไปเราจะสามารถปรับตัวหรือจัดการกับความเครียดนั้นได้ ดังต่อไปนี้

จัดการด้านอารมณ์ เช่น ยอมรับรู้จักปลง ออกกำลังกายที่ชอบ สวดมนต์นั่งสมาธิ การมองโลกในแง่ดี ทำงานอดิเรกที่เคยชอบ หาเพื่อนหรือผู้ที่เราสามารถระบายความเครียดได้

จัดการด้านแก้ไขปัญหา เช่น คิดหาวิธีการต่างๆเพื่อแก้ไขปัญหาย พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน ทุกแง่มุม ลองแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธีเพื่อดูว่าวิธีไหนเป็นวิธีที่ดีที่สุด หาผู้ให้คำปรึกษาในปัญหานั้น ๆ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา นำปัญหาที่รุนแรงมาแก้ไขก่อน เป็นต้น

วิธีลดความเครียดด้วยเทคนิคการคิดบวก ความคิดบวก คือ ความรู้สึกทั้งต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ในแง่ดี ลดความทุกข์ที่เกิดจากการมองในแง่ลบ การคิดบวก ก่อประโยชน์แก่ผู้ที่คิดบวกทั้งในทางร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวและเผชิญความจริงได้อย่างมีเหตุผล มีความสามารถในการเผชิญปัญหา เอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้เป็นอย่างดี สามารถแก้ไขปัญหาและตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้อารมณ์ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย สร้างบรรยากาศและความสุขให้ตนเองและผู้อื่นและก่อให้เกิดความสำเร็จในชีวิต

หลักการคิดเชิงบวก คือ ต้องมองว่าตนดี มั่นใจในความดีที่มีอยู่ หรือกระทำอยู่ ต้องมองว่าคนอื่นดี ต้องเข้าใจว่าทุกคนล้วนมีค่า ต้องมองปัญหาให้เป็นสิ่งท้าทาย เพื่อสร้างพลังในการแก้ไข หมั่นพัฒนาตนเองให้มองโลกในแง่ดี และต้องมองว่าประสบการณ์ทุกเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามา เพื่อการเริ่มต้นใหม่ที่ดีกว่า สำหรับวิธีการฝึกคิดบวก ได้แก่ ให้มองหาแง่มุมที่ดีที่เป็นประโยชน์จากทุกๆ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น หมั่นตั้งคำถามกับปัญหาด้วยประเด็น “เราจะแก้ปัญหานี้ได้อย่างไร” หัดนึกถึงภาพในแง่บวก และหมั่นพูดกับตัวเองเสมอว่า “เราทำได้”

เคล็ดลับ 7 ประการ ในการคิดบวก

การคิดเชิงบวก ต้องมีการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป และมีการฝึกฝน เทคนิคในการคิดบวก มีหลากหลายแนวทาง ในที่นี้ขอเสนอเคล็ดลับ 7 ประการ สำหรับการคิดเชิงบวก ซึ่งอาจดูเหมือนเป็นวิธีง่าย ๆ แต่หากลองนำไปใช้ปฏิบัติจะพบว่า เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

1.จำไว้เสมอว่า “เวลาคือของขวัญล้ำค่า” การยึดติดกับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในอดีต ถือเป็นสิ่งที่เปล่าประโยชน์ เพราะสิ่งที่เกิดขึ้นและผ่านไปแล้วนั้น เราไม่สามารถจะตามไปแก้ไขอะไรได้ ฟังระลึกเสมอว่าช่วงเวลาที่เหลืออยู่เป็นของขวัญอันล้ำค่าที่เปิดโอกาสสำหรับสิ่งดี ๆ ที่จะเข้ามาในชีวิตของคุณได้อีก

2. ตั้งตัวเองให้หลุดออกจากความทุกข์ หากพบว่าตัวเองซักจะจมปลักอยู่กับความท้อแท้ ผิดหวัง อย่าปล่อยให้ตัวเองติดอยู่กับความทุกข์ ไม่ว่าจะสถานการณ์นั้นจะมีดีมนเพียงใด คุณก็สามารถทำบางสิ่งบางอย่างที่ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นได้ เช่น รับประทานไอศกรีมอร่อย ๆ สักถ้วย อ่านข้อความที่ให้อำลั่งใจ โทรศัพท์ไปหาเพื่อนหรือคนที่คุณรัก ออกไปเดินเล่น ปลุกต้นไม้สักต้น ฯลฯ เมื่อถอยออกมาจากเหตุการณ์นั้นสักระยะหนึ่ง แล้วมองย้อนกลับเข้าไปใหม่ อาจช่วยให้คุณมองเห็นทางออกของปัญหาเหล่านั้นก็ได้

3. ตั้งเป้าหมายในสิ่งที่ทำได้ไม่ยาก ลองมองหาสิ่งที่ย่าง ๆ ที่อยู่ในความสามารถที่จะทำได้ เพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตให้ดีขึ้น เช่น หากเผชิญกับปัญหาทางการเงิน ก็อาจจะใช้เวลาพิจารณางบประมาณ และดูว่าจะสามารถจะลดค่าใช้จ่ายในส่วนใดได้บ้าง เริ่มต้นจากเป้าหมายเล็ก ๆ ที่สามารถทำได้ไม่ยาก หยิบมาทำก่อน เพื่อช่วยให้เป้าหมายที่ยิ่งใหญ่กว่า มีทางเป็นไปได้มากขึ้น

4. เปลี่ยนมุมมองเป็นแง่บวก โดยมองว่า “ชีวิต คือ การเรียนรู้ ทุกประสบการณ์ล้วนเป็นครูสอนเราให้แข็งแกร่งขึ้น” ดังนั้น ทุกอย่างที่เกิดขึ้นจึงเป็นเรื่องที่ดีและมีประโยชน์ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม การจะเปลี่ยนมุมมองให้คิดบวกจนติดเป็นนิสัยนั้น ต้องอาศัยความกล้าและความอดทนฝึกไปเรื่อย ๆ จนกลายเป็นคนมองโลกในแง่ดี มีทัศนคติเชิงบวก

5. ขอบคุณสิ่งดี ๆ ในชีวิต เมื่อตื่นขึ้นมาในตอนเช้า จงเริ่มต้นวันใหม่ของคุณและในเวลากลางคืนก่อนนอน ด้วยการคิดถึงสิ่งดี ๆ อย่างน้อย 5 สิ่ง ที่คุณรู้สึกชื่นชมและขอบคุณ ซึ่งอาจเป็นความสำเร็จเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่คุณทำได้ในแต่ละวันก็ได้ หรือบันทึกลงกระดาษหรือไดอารี่การเขียน และจดจำสิ่งดี ๆ ความรู้สึกดี ๆ จะถูกซึมซับผ่านเข้าสู่จิตใจและทำให้คุณมีรอยยิ้มและกำลังใจขึ้นมาอีกครั้งหนึ่ง ช่วยให้คุณเปลี่ยนความคิดจากเชิงลบเป็นเชิงบวกได้ดียิ่งขึ้น

6. หยุดคิดในแง่ลบ การหยุดความคิดในแง่ลบอาจทำได้หลายวิธี เช่น ถามตัวเองว่า “เหตุการณ์นี้จะมีผลสำคัญกับตัวเราไปตลอดทั้งปีเลยหรือไม่?” ถ้า “ไม่” ก็ไม่มีเหตุผลที่จะต้องกังวลหรืออารมณ์เสียมากมายไปกับสิ่งนั้น แต่ถ้าคำตอบ คือ “ใช่” ลองพิจารณาดูว่ามีขั้นตอนใดบ้างที่จะสามารถทำได้ในขณะนี้ เพื่อปรับปรุงสถานการณ์ให้ดีขึ้น

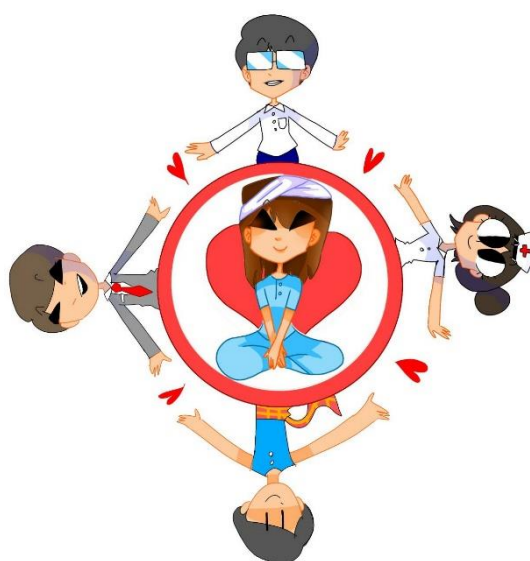
7. ลงมือทำตามคำแนะนำของตัวเอง ลองสมมติว่าหากมีเพื่อนสนิทมาหาคุณ เพื่อขอคำแนะนำในปัญหาหรือสถานการณ์ที่คุณกำลังเผชิญอยู่ คุณจะให้คำแนะนำแก่เขาอย่างไร โดยทั่วไปเรามักจะรู้คำตอบอยู่แล้วว่า “สิ่งที่จะต้องทำเพื่อให้ชีวิตดีขึ้นนั้นคืออะไร” เพียงแต่ต้องเริ่มที่จะลงมือทำสิ่งนั้น แทนที่จะเฝ้ารอบางคนหรือบางสิ่งบางอย่างให้มาเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของตัวเอง

การค่อยๆ ฝึกฝนวิธีคิดแบบนี้ ฝึกเฝ้าสังเกตความคิด พิจารณาดูว่าความคิดนั้นเป็นประโยชน์หรือไม่เป็นประโยชน์ และเลือกที่จะคิดบวก การจดบันทึกเป็นเครื่องมือหนึ่งที่คุณจะได้ทบทวนเรื่องราวความคิดที่เข้ามา ช่วยให้ผ่านวิกฤตต่างๆ ไปได้ด้วยการคิดแง่บวก

เมื่อต้องเผชิญความเครียดที่ไม่สามารถจัดการกับได้ อย่าเก็บความเครียดไว้ในใจ ให้ปรึกษาญาติหรือเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรือศูนย์ให้คำปรึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับใหญ่ (032-291011) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกลางดำน(032-330258) หรือโทรสายด่วนสุขภาพจิต 1323



คู่มือสำหรับผู้ดูแลและผู้นำชุมชน
ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท



โดย

นางจรัสพร หอมจันทร์ดี

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมฤทธิ์

คำนำ

ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ถือเป็นภาระที่หนักมากภาระหนึ่งของครอบครัว ที่เกิดจากการต้องใช้ความอดทนและความเสียสละเป็นอย่างมากในการดูแล ครอบครัวจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเมื่อเกิดภาวะวิกฤต บางครอบครัวจะมีความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ จากการดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานหลายปี ดังนั้น หากญาติ ผู้ดูแล ครอบครัว รวมทั้งชุมชนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นคู่มือในการเรียนรู้ให้เข้าใจลักษณะของโรคจิตเภท บทบาทในการดูแลผู้ป่วย การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ เพื่อส่งผลให้เกิดการลดภาระในการดูแลผู้ป่วย หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ทำให้ลดอาการกำเริบและลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

ผู้จัดทำ

จรัสพร หอมจันทร์ดี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. มุมมองของโรคจิตเภท	1
2. มารู้จักและเข้าใจกับโรค โรคจิตเภทคืออะไร	1
สาเหตุของโรคจิตเภท	2
โรคจิตเภทรักษาได้อย่างไร	2
โรคจิตเภทรักษาหายหรือไม่	3
3. การสื่อสารอย่างไรให้ผู้ป่วยยอมกินยาต่อเนื่อง	3
4. ยารักษาโรคจิตเภทและผลข้างเคียงของยา ข้อควรระวังเกี่ยวกับยารักษาโรคจิตเภท	4
ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยแพ้ยา	4
5 ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี	5
ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ	5
ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยหงุดหงิด โมโหง่าย ก้าวร้าว	5
ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยเกียจคร้านไม่สนใจทำงาน หรือออกเที่ยวนอกบ้าน	6
ทำอย่างไรเมื่อ ผู้ป่วยนอนหลับตลอดทั้งวัน ดูโทรทัศน์เกือบทั้งวัน	6
ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลก ๆ พูดแปลก ๆ	6
ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง	7
6. การช่วยฟื้นฟูการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน วิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยและฝึกให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	7
วิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยและฝึกให้สามารถดูแลตนเองด้านการประกอบอาชีพ	7
7. เมื่อเผชิญความเครียดต้องรู้จักจัดการกับความเครียด หน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษาปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	8
เอกสารอ้างอิง	12
	13

1. มุมมองของโรคจิตเภท

ก่อนที่จะรู้จักกับโรคจิตเภทอยากให้คุณได้ปรับมุมมองต่อโรคจิตเภทดังนี้

1. โรคจิตเภทเป็นโรคที่รักษาให้มีอาการปกติได้

➤ โดยการใช้ยา การรักษาทางจิตวิทยา บริการฟื้นฟูสมรรถภาพประเภทต่างๆ และสายใยรักจากครอบครัว

2. โรคจิตเภทมีบางคนเท่านั้นที่มีพฤติกรรมรุนแรง

➤ ตามปกติพฤติกรรมรุนแรงจะปรากฏในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. โรคจิตเภทไม่ใช่โรคร้าย ไม่ควรคิดว่าเป็นตราบาป

➤ ผู้ป่วยโรคจิตเภทก็เช่น เดียวกับการเจ็บป่วยของคนอื่นๆ ที่ไม่ได้ปรารถนาจะสูญเสียสุขภาพจิตของตน ไม่มีใครในโลกนี้ที่มีภูมิคุ้มกันโรคจิตเภทอย่างสมบูรณ์ ผู้ที่ป่วยควรได้รับการปฏิบัติจากเพื่อนมนุษย์เหมือนผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น

2. มารู้จักและเข้าใจกับโรค

โรคจิตเภทคืออะไร

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น การแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้ และอารมณ์ ผิดปกติจากคนทั่วไป มักมีความผิดปกติ ใน 3 ลักษณะ คือ

1. ผู้ป่วยไม่คิด และไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย
2. ผู้ป่วยจะมีบุคลิกหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิมมาก เช่น เก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจตนเอง ไม่อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้าสกปรก ร้องไห้ หรือหัวเราะคนเดียวไม่สมเหตุผล เป็นต้น
3. ผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง ได้แก่ หลงผิด อาจเป็นแบบ ระแวงคิดว่าคนอื่นจะมาทำร้าย หรืออาจมีประสาทหลอน เช่น หูแว่วมีเสียงมาสั่งให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

ภาคผนวก จ

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาวะ
การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางจรัสพร หอมจันทร์ดี ตำแหน่ง นิสิตระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกลางด่าน อำเภอบ้านโป่ง
จังหวัดราชบุรี

(ที่บ้าน) 121/2 ม.5 ต. ทรัพย์ใหญ่ อ. บ้านโป่ง จ. ราชบุรี 70190

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 032-330258 โทรศัพท์ที่บ้าน 032-293266

โทรศัพท์มือถือ 081-5265882 E-mail : jaras00@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความ
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาใน
การอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้
ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสนับสนุน
ทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ 1. ผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ในชุมชนอำเภอบ้านโป่ง จังหวัด
ราชบุรี จำนวน 40 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คือ เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง หรือบุตร
เพียงคนเดียวที่อาศัยอยู่บ้านกับผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการ
ดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับ
ค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลใด มีอายุ 20-65 ปี ทั้งหญิงและชาย สามารถสื่อสารโดยใช้
ภาษาไทยได้ มีคะแนนการดูแลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-5.00)
และยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และ 2. ทีมชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน(อสม.)อยู่ในชุมชนเดียวกันกับผู้ให้การดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับมอบหมายให้

รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน ตัวแทนคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ซึ่งอยู่ในชุมชนเดียวกันกับ

ผู้ให้การดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในชุมชน เหนือในการคัดออก คือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมครบตามโปรแกรม หรือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีโรคแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิตที่รุนแรง

4. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะมาเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นตามเกณฑ์เป็นรายบุคคล เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะในการดูแล จนครบ 40 คน กลุ่มทดลองจำนวน 10 คู่และกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คู่ กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที จำนวน 4 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมร่วมกับตัวแทนชุมชนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกครั้ง หลังสิ้นสุดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองโดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และหลังเสร็จสิ้นการบำบัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

5. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นตามเกณฑ์เป็นรายบุคคล ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ระยะเวลาดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ อธิบายเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ในการเข้าร่วมโปรแกรมต้องเล่าประสบการณ์และสิ่งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ซึ่งเป็นเรื่องส่วนตัว ทุกคนที่เข้าร่วมโปรแกรมต้องยอมรับว่าจะไม่นำข้อมูลส่วนตัวที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมไปเผยแพร่ที่ใด เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นให้ตอบแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้คัดกรองภาวะในการดูแลฯ ก่อน หากไม่ได้รับการคัดเข้า จะให้กลับไปเป็นที่ระลึก ในการทำแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อน และหลังเข้าอบรมใช้เวลา 5 นาที

6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอลอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด

7. การใช้เวชระเบียนผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

8. การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย คือ เป็นแนวทางปฏิบัติในการลดความเครียด และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล และบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

9. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ โดยติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางจรัสพร หอมจันทร์ดี ได้ตลอดเวลา หมายเลขโทรศัพท์ 081-5265882 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยรวดเร็ว

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน เมื่องานวิจัยเสร็จแล้วจะทำลายข้อมูลของผู้มีส่วนร่วมภายใน 2 เดือน

11. การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าชดเชยการเสียเวลาให้แก่ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตพระทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 E-mail:

eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาวะ

การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางจรัสพร หอมจันทร์ดี

ที่อยู่ติดต่อ 121/2 ม.5 ตำบลกรับใหญ่ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

โทรศัพท์ 081-5265882

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมทำกิจกรรมและยินยอมตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า เมื่องานวิจัยเสร็จแล้วผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยภายในเวลา 2 เดือน

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202

E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

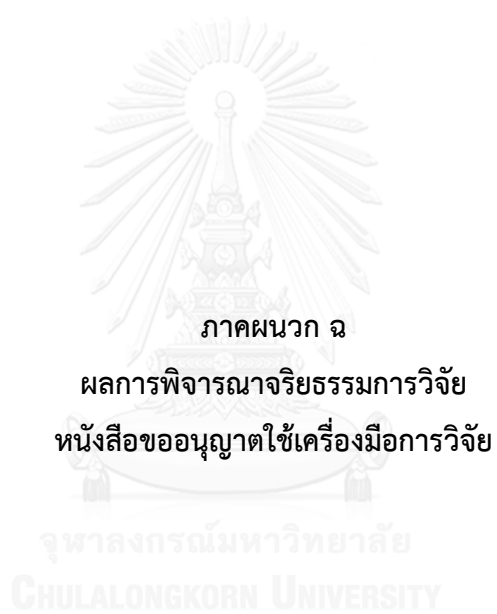
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชูคที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี-1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 017/2560

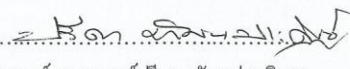
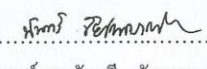
ใบรับรองโครงการวิจัย .

โครงการวิจัยที่ 224.1/59 : ผลของโปรแกรมที่เน้นการสนับสนุนทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้วิจัยหลัก : นางจรัสพร หอมจันทร์ดี

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

ลงนาม.....  ลงนาม..... 
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทังสนประดิษฐ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 6 กุมภาพันธ์ 2560

วันหมดอายุ : 5 กุมภาพันธ์ 2561

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

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



เลขที่โครงการวิจัย..... 224.1/59
วันที่รับรอง..... - 6 ก.พ. 2560
วันหมดอายุ..... - 5 ก.พ. 2561

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการวิจัยจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อน ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมรับรองก่อนดำเนินการ

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	986
วันที่	๑๕/๑๑/๕๙
เวลา	๑๕:๐๕ น.
ผู้รับ	น.ร. ๘๗

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางจรัสพร หอมจันทร์ดี รหัสประจำตัว 5777304636
นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 121/2 หมู่ 5 บ้านหนองกลางดำน
ถนนตำบล/แขวง กล้วยใหญ่ อำเภอ/เขต บ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี รหัสไปรษณีย์ 70190
โทรศัพท์ 081-5265882

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบวัดภาวะในการดูแล
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวบุผา ธนิกกุล
ปีของวิทยานิพนธ์ 2554

ลงนาม จรัสพร หอมจันทร์ดี ผู้ยื่นคำร้อง
(นางจรัสพร หอมจันทร์ดี)
๑๕ / ๑๑ / ๕๙

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นสมควรให้ดำเนินการ ลงนาม (อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์) ๑๕ / ๑๑ / ๕๙	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ เห็นสมควร ลงนาม (อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์) / /
--	---

อนุญาต
.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
..... / /

๑๑
26 ๑๑ ๕๙

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	985
วันที่	๑๕ ต.ค. ๕๙
เวลา	๑๕-๕๕ น.
ผู้รับ	Dr. ๑๒๒

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางจรัสพร หอมจันทร์ รหัสประจำตัว 5777304636

นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 121/2 หมู่ 5 บ้านหนองกลางต่าน
ถนนตำบล/แขวง กล้วย. อำเภอ/เขต บ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี รหัสไปรษณีย์ 70190
โทรศัพท์ 081-5265882

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ จิราพร รักการ
ปีของวิทยานิพนธ์ 2549

ลงนาม^{๒๖}จรัสพร หอมจันทร์^{๒๖} ผู้ยื่นคำร้อง

(นางจรัสพร หอมจันทร์)

๑๕ / ๑๐ / ๕๙

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นสมควรให้ดำเนินการต่อไป</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม (อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์) ๑๕ / ๑๐ / ๕๙</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ อนุญาต</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ) ๑๕ / ๑๐ / ๕๙</p>
---	---

อนุญาต
.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

.....

๑๒
๒๖ ต.ค. ๕๙

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางจรัสพร หอมจันทร์ดี เกิดเมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2515 สถานที่เกิด อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ในปีการศึกษา 2543 จากนั้น เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2557

ปัจจุบันรับราชการ ปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกลางด่าน ตำบลกรับใหญ่ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

