

ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการระในการดูแล  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



นางสาวจิราพร รักการ

## สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

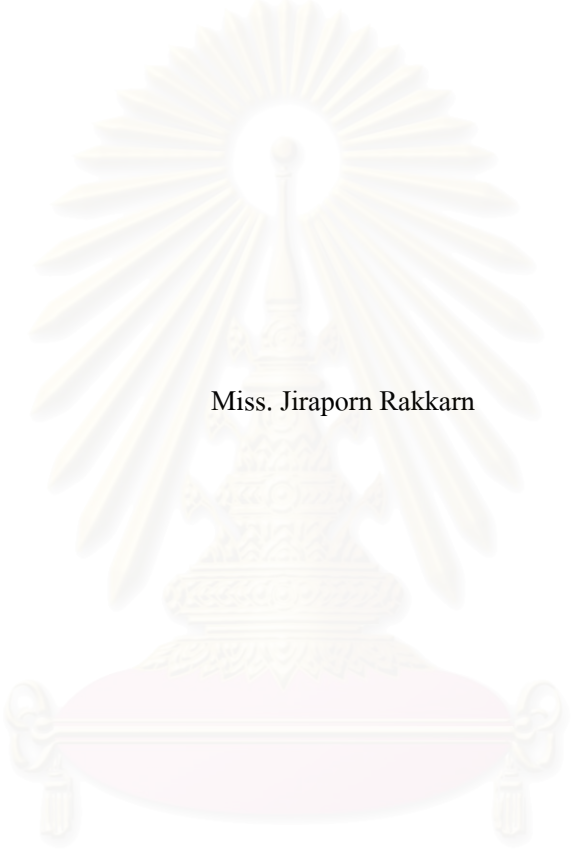
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON BURDEN AMONG  
FAMILY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY



Miss. Jiraporn Rakkarn

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic year 2006

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการระใน

การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โดย

นางสาวจิราพร รักการ

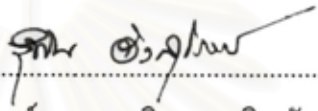
สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช


อาจารย์ที่ปรึกษา


อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

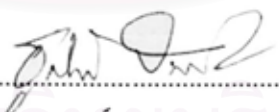
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับ  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชัชชัย)

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

  
.....กรรมการ  
(อาจารย์ ดร. ชุศักดิ์ ชัมภลิจิต)

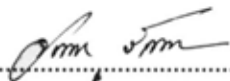
สถาบันนursesบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จิราพร รักการ : ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแล  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION  
PROGRAM ON BURDEN AMONG FAMILY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC  
PATIENTS IN COMMUNITY) อาจารย์ที่ปรึกษา: อ. คร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 165 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 2 ข้อ คือ 1) เปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และ 2) เปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติจากผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัฒนาทอง กรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ด้วยการจับคู่ (matched pair) และการสุ่มเข้ากลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์สุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ค่าความเที่ยงของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 และ .79 ตามลำดับ และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าความเที่ยง KR-20 เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. หลังการทดลองพบว่า ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2549.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

##4777566436 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORD : FAMILY PSYCHOEDUCATION PROGRAM / CAREGIVING BURDEN /  
FAMILY CAREGIVERS / SCHIZOPHRENIC PATIENTS

JIRAPORN RAKKARN : THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION  
PROGRAM ON BURDEN AMONG FAMILY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC  
PATIENTS IN COMMUNITY. ADVISOR: PENPAKTR UTHIS, Ph.D, 165 pp.

The purposes of this quasi-experimental study were twofold: 1) to compare the burden among family caregivers of schizophrenic patients before and after received family psychoeducation program, and 2) to compare the burden among family caregivers of schizophrenic patients who received family psychoeducation program, and those who received regular caring activities. Thirty caregivers of schizophrenic patients under responsibility of Health Center 21, Bangkok Metropolitan Administration were recruited according to the inclusion criteria. These samples were matched pair and then were randomly assigned to experimental group and control group, 15 subjects in each group. The experimental group received family psychoeducation program, whereas the control group received regular caring activities. Research instrument were family psychoeducation program, the caregiver burden scale, knowledge of caregivers test and social support scale. These instrument were tested for content validity by 5 experts. The reliability of caregiver burden scale and social support scale were reported using Chronbach's Alpha coefficient as of .93 and .79, respectively. The reliability of knowledge of caregivers test was reported using KR-20 as of .80. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. The burden among family caregivers of schizophrenic patients who received family psychoeducation program after the experiment was significantly lower than that before experiment, at p .01 level.
2. After the experimental, burden among family caregivers of schizophrenic patients who received family psychoeducation program was significantly lower than those who received regular caring activities at p .01 level.

Field of Study.....Mental Health and Psychiatric Nursing.....Student's signature *Jiraporn Rakkarn*  
Academic year.....2006.....Advisor's signature *Penpaktra Uthis*



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของ อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำวิจัย เป็นทั้งแรงบันดาลใจให้ ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นและเกิดพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จในเวลาที่กำหนด ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่และให้กำลังใจผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ประทับใจในความกรุณาของท่าน เป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย ประธาน สอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ความเมตตา ให้คำชี้แนะในการทำวิจัย และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความรู้ คำแนะนำ และเป็นกำลังใจเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณนายแพทย์ สิทธิศักดิ์ เจียมวงศ์แพทย์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร นายแพทย์สกันธ์ อิงคเศรษฐ ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร คุณรัชดา หนูกิจ ตลอดจนเจ้าหน้าที่และบุคลากรในคลินิกจิตเวช ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์กับผู้วิจัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และนายแพทย์ธนิษฐ์ พันธุเศษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์กับผู้วิจัยในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

ขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัยและ ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นนิสิตปริญญาโททุกคนที่ให้กำลังใจ ห่วงใยและให้ ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีต่อผู้วิจัย ซึ่งส่วนหนึ่งของความสำเร็จในครั้งนี้ก็ด้วยความมีน้ำใจจาก กัลยาณมิตรทุก ๆ ท่าน และขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตลอดจน บุคลากรและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความกรุณาแก่นิสิตมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ คุณพ่อ และน้อง ๆ ในครอบครัวรักการทุกท่าน ที่ เป็นผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี อีกทั้งยังให้กำลังใจ ห่วงใย และคอยให้การดูแลผู้วิจัยเสมอมา จนกระทั่งผู้วิจัยสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวผู้ป่วยจิตเภททุก ๆ ท่าน ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
<b>บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	13
การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.....	23
ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	31
การให้สุขภาพจิตศึกษา.....	39
โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อลดภาระการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.....	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	50
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การดำเนินการทดลอง.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
<b>บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....</b>	86
<b>บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....</b>	94
รายการอ้างอิง.....	107

## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

### ภาคผนวก

ภาคผนวก ก	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	117
ภาคผนวก ข	การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา.....	119
ภาคผนวก ค	สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	121
ภาคผนวก ง	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	125
ภาคผนวก จ	ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	155
	ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	157
ภาคผนวก ฉ	ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	158
ภาคผนวก ช	ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล.....	161
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....		165

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญชิตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับ โปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว.....	81
2	คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว.....	82
3	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และ ระดับการศึกษา.....	87
4	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	88
5	คะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	89
6	คะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	90
7	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว.....	91
8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการ ทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	92
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	93
10	การทดสอบการแจกแจงของคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov- Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01.....	162
11	การทดสอบการแจกแจงของคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov- Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01.....	163
12	การกำหนดขนาดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 90 % ที่ระดับนัยสำคัญทาง สถิติ .01 .....	164

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดโดยมีความชุกร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรครายใหม่ประมาณ 2.5-5:1000 คนต่อปี (Kaplan & Sadock, 1998) สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 23.34 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตชนิดอื่น และพบว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขตลอดมา (กรมสุขภาพจิต, 2545) โดยพบประมาณร้อยละ 80 ของการเจ็บป่วยทางจิตทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยมักจะเริ่มแสดงอาการตั้งแต่อายุยังน้อย มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และรุนแรงมากที่สุด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2546) มีโอกาสป่วยซ้ำ (relapse) ได้สูงถึง ร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2545) ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน มีเพียงส่วนน้อยที่สามารถรักษาให้หายขาด ส่วนใหญ่ยังมีความพิการทางจิตหลงเหลืออยู่และขาดความสามารถที่จะประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้เต็มที่ ถือว่าเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาโรคหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงสามารถดำรงชีวิตตามปกติได้ (กุมมาภิจาติ แสงเขียว, 2542; บุญวดี เพชรรัตน์, 2547)

จากสภาพการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลจิตเวชไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ทั้งหมด เน้นให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชในระยะเฉียบพลันและรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นเท่านั้น ลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้สั้นลง เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาจะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชน (สมคิด ตรีราภิ, 2545) ส่งผลให้มีผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลที่บ้านจำนวนมากขึ้น ประกอบกับนโยบายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเปลี่ยนจากโรงพยาบาลมาสู่ครอบครัวและชุมชน โดยมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงกลายมาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและในระยะฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวจึงถือได้ว่าเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุด และเป็นสถาบันที่ดีสำหรับผู้ป่วย (ทักษิณี อนันตพันธุ์พงศ์, 2540; Falloon, Boyd & McGill 1984; Loukissa, 1995) ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมักเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร โดยบุคคลดังกล่าวทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยด้านต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากสิ่งที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ (สกาวัฒน์ ภูผา, 2543) มีผลให้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาหรือเป็นภาระ (burden) แก่ตน (Platt, 1985; Montgomery, Stull & Borgatta, 1985; Bull, 1990)

Montgomery et al. (1985) กล่าวถึงความหมายของภาระในการดูแลว่า หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน และความเดือดร้อนของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ภาระแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติ เกิดเนื่องมาจากความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งอาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต (Loukissa, 1995; Jones, 1996; Ip & Mackenzie, 1998) ส่วนภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ กล่าวคือ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว โดยเฉพาะในระยะที่มีอาการกำเริบ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความอิสระส่วนตัวถูกจำกัด และมีเวลาในการพักผ่อนเปลี่ยนไป รวมทั้งต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาว และต่อเนื่องอีกด้วย (วรกษ นิธิกุล, 2535; รัชนิกร อุปเสน, 2541; เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543)

จากภาระทั้งสองประเภท ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ รู้สึกรับภาระหนัก ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (George & Gwyther, 1986) โดยผลกระทบทางด้านร่างกาย พบว่า ผู้ดูแลมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้ากับการดูแล ร่างกายทรุดโทรมลง ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางกายตามมา (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; รัชนิกร อุปเสน, 2541; Adamec, 1996; Eakes, 1995; Hobbs, 1997; Song, Biegel & Milligan, 1988) สำหรับผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความวิตกกังวลจนก่อให้เกิดความเครียดซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; วรกษ นิธิกุล, 2535) ผลกระทบด้านสังคม พบว่า ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวได้ตามความต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปร่วมทำบุญ ประเพณีต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน ทำให้เกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (วรกษ นิธิกุล, 2535; ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544; Eakes, 1995) ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องขาดงาน รวมทั้งผู้ดูแลต้องลางาน หยุดงานหรืออาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแล

ผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (รัชนิกร อุปเสน, 2541; Thomson et al., 1993; Eakes, 1995)

สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย (นิศากร แก้วพิลา, 2545; Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Lim & Ahn (2003) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อการรับรู้ภาระ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากการสนับสนุนประคับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม และมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ดรุณี คชพรม, 2543; Magliano et al., 1998) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Dyck, Short & Vitaliano (1999) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ทรัพยากรในครอบครัวซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนทางสังคมและวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาระ อธิบายได้ว่า ครอบครัวจะมีการรับรู้ภาระในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคม และใช้การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวจึงจำเป็นต้องได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการฝึกทักษะที่จำเป็น เพราะจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามรถในการดูแลตนเองและผู้อื่น สามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) และได้รับการสนับสนุนประคับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกเป็นภาระในการดูแลหรือมีการรับรู้ภาระในการดูแลต่ำ (Oberst, 1991 cited in Carey et al., 1991)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า ได้มีการให้การดูแลผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้กลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (Fowler, 1992; Hammond & Deans, 1995; Yamashita, 1996) และการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ซึ่งแบ่งได้เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (individual psychoeducation) รายกลุ่ม (group psychoeducation) และการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาวิธีต่าง ๆ เหล่านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย และการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และมีการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตเพื่อลดความตึงเครียด (Williams, 1989) นอกจากนี้การให้ความรู้ดังกล่าวนี้จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง



เป็นผลให้การรับรู้การดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985) โดยเฉพาะรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว นับว่าเป็นวิธีการที่มีประโยชน์มาก ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการเล็งเห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และให้การยอมรับในการแสดงบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตมากขึ้น ประกอบกับในปัจจุบันแนวคิดและรูปแบบของการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตนั้น เน้นในเรื่องของการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา จึงมีผู้สนใจและพยายามที่จะนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การเสริมสร้างความร่วมมืออันดีระหว่างเจ้าหน้าที่ ครอบครัว และผู้ป่วย เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของสมาชิกในครอบครัว (Goldstein et al., 1978; Anderson, Hogarty & Reiss, 1980; Leff et al., 1982; Falloon, Boyd & McGill, 1984 cited in McFarlane, Dixon, & Lucksted, 2003)

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) พัฒนาขึ้นโดย Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติสำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยทำให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยอาศัยหลักการของการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว การรับฟังปัญหาของครอบครัว การช่วยเหลือในด้านการวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับรูปแบบการรักษาสำหรับผู้ป่วย สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัว ลดความสับสนและความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือ ประคับประคอง ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์ การช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพอาการ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้ครอบครัวสามารถยอมรับในความทุกข์ทรมาน ลดความรู้สึกละอายและ ความคับข้องใจจากการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตได้ (Anderson et al., 1980; 1986)

จะเห็นได้ว่าการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถอดทนต่ออาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้มากขึ้น มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การรับรู้การลดลง และมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ (Dixon et al., 2001) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Reinares et al. (2004) ซึ่งได้ศึกษาผลของ



การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน ผลการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นการเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค และสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระทั้งภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ McFarlane, Dixon, & Lucksted (2003) ซึ่งพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีผลต่อภาระของครอบครัว เพราะสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาระได้ เช่น ลดอาการแสดงทางบวกและทางลบของผู้ป่วย และลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช รวมทั้งสามารถเพิ่มทรัพยากรของผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวยังมีประสิทธิผล และประหยัดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการมากกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลอีกด้วย (Falloon et al., 1985)

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ย่อมส่งผลให้ขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดความหนักใจในการดูแลและเกิดความรู้สึกเป็นภาระ และจากการทบทวนการศึกษาวิจัยในประเทศที่ผ่านมามีเพียงการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลโดยใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่มเท่านั้น เช่น การศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ซึ่งศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย มีกิจกรรมซึ่งมุ่งความสำคัญไปที่การให้ความรู้และการฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ หรือกับญาติผู้ดูแลหลักเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคลที่บ้าน นอกจากนี้การศึกษาของ ดรณี คชพรหม (2543) เรื่องกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ สกาวรัตน์ ภูผา (2543) เรื่องผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก็เป็นการศึกษาที่ให้การดูแลเฉพาะกับผู้ดูแลในครอบครัวเพียงเท่านั้น และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับการใช้รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หรือการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมาใช้ในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้านแล้ว ยังรวมไปถึงการให้การดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอีกด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ และมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น เป็นการช่วยเหลือและการประคับประคองผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกใน

ครอบครัว เพื่อลดการเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหวังที่เกิดขึ้นในครอบครัว เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข ลดภาระการดูแลของผู้ดูแล รวมทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลลดลง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องมีระยะเวลาการบำบัดรักษาที่ยาวนาน มีการดำเนินโรคเป็นไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด เป็นผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะเครียดและรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น (Robinson, 1990) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคนี (นิสากร แก้วพิลา, 2545; Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997) รวมทั้งขาดการสนับสนุนประคับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และไม่ได้รับการสอนทักษะ ให้มีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (ดรุณี คชพรหม, 2543; Magliano et al., 1998; Lim & Ahn, 2003) ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980; 1986) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในงานวิจัยนี้ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาทักษะทางสังคม โดยแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) ตามแนวคิดของ Anderson et al.(1980) โดยการที่ผู้วิจัยพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว และพยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) สามารถร่วมมือในการบำบัดรักษา นำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านอัตรายและปรนัยลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว (psychoeducation programs) จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถให้ความร่วมมือในการรักษา และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านอัตรายและปรนัยของผู้ดูแลลดลง

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย เพื่อให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค โดยผู้วิจัยนำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการให้ความรู้ครอบครัวเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) มาใช้ในการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้

ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะภาระทั้งด้านอัตรายและปรนัยลดลง (Lazarus & Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985)

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้วิจัยนำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) มาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดความเครียดซึ่งเป็นภาระเชิงอัตรายได้

การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมโดยผู้วิจัยนำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร (communication skills) มาใช้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลีศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันธสายบัว, 2544) และยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) นอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Thompson & Doll, 1993 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระด้านปรนัยลดลง



จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมาใช้ในการทดลอง โดยผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมนี้ขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า การทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา รวมทั้งสภาพปัญหาการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งนับว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดังกล่าว สามารถพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และทำให้การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

2. ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีขอบเขตของการวิจัยดังนี้ คือ

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในเขต กรุงเทพมหานคร

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง กรุงเทพมหานคร

3. ตัวแปรที่ใช้ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้น ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping



skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้สามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้

**การดูแลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

**ภาระของผู้ดูแล** หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้าน รวมทั้งความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเคียดแค้น ความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้ศึกษาตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วย ภาระการดูแล 2 ประเภท ได้แก่

1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ

ในงานวิจัยนี้ ประเมินภาระของผู้ดูแลโดยแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985)

**ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ

**ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV และ ICD 10 และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน และเดินทางมารับบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขเป็นครั้งคราว

**สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในปัจจุบัน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการพยาบาล สามารถนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้อย่างครอบคลุมและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. ด้านการวิจัย สามารถนำมาเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลเพื่อการส่งเสริมภาวะสุขภาพ และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะมีปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อ  
ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ  
และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย นำเสนอตามลำดับ  
ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
  - 1.1 ความหมายและสาเหตุของการเกิดโรค
  - 1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก
  - 1.3 การดำเนินโรค
  - 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
  - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
  - 2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
  - 2.2 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
  - 2.3 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
  - 2.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.1 ความหมายของภาวะในการดูแล
  - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะในการดูแล
  - 3.3 การประเมินภาวะในการดูแล
  - 3.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการลดภาระของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
4. การให้สุขภาพจิตศึกษา
  - 4.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
  - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
5. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
ที่บ้าน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมายและสาเหตุของการเกิดโรค

โรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการที่แสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมอง ด้านการรับรู้ ด้านสติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และการขาดแรงจูงใจ โดยอาการแสดงมักจะปรากฏครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมักจะเกิดอยู่นานอย่างน้อย 6 เดือน (WHO, 1992)

จากการศึกษาในปัจจุบัน พบว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factors) ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) และปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic factors) ซึ่งปัจจัยทุกด้านมีความสำคัญ โดยมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัยดังนี้ (กิตติวราณ เทียมแก้ว, 2544)

- 1) ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีประสาทในสมอง (neurochemical disturbance) เช่น
  - สมมติฐานของ dopamine (dopamine hypothesis) เชื่อว่าเกิดจากการทำงานมากเกินไปของโดปามีน โดยมีการเพิ่มของโดปามีนที่บริเวณโดปามีนซินแนป (dopamine synapse) ในสมอง
  - สมมติฐานเกี่ยวกับ transmethylation (transmethylation hypothesis) เชื่อว่าการเติมเมทิลกรุป (methyl group) เข้าไปในโมเลกุลของแคทีโคลามีน (catecholamine metabolics) จะทำให้เกิดโรคจิตเภท โดยเฉพาะถ้าบุคคลนั้นมีความตึงเครียดจะมีแคทีโคลามีนหลั่งออกมาในสมองมาก
  - สมมติฐานความไม่สมดุลระหว่าง dopamine กับ norepinephrine (dopamine-norepinephrine imbalance) เชื่อว่าโรคจิตเภทมิได้เกิดจากการเพิ่มของโดปามีนเพียงอย่างเดียว แต่มีการขาดนอร์อิพิเนพรินร่วมด้วย ทำให้ระดับของสารเคมีในสมองขาดความสมดุลและเกิดอาการของโรคจิตเภทได้
  - สมมติฐานจากภาพถ่ายทางสมอง (brain imaging) จากการศึกษาในปัจจุบันพบความผิดปกติหลายแห่งในสมองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น การกว้างขึ้นของช่องน้ำสมอง หรือมีความบกพร่องของสมองส่วนหน้า
- 2) ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factors) จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทพบว่า พี่น้องของผู้ป่วยและบุตรที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภท มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลทั่วไป การศึกษาในบุตรบุญธรรมที่มีบิดาหรือมารดาเป็น

โรคจิตเภทพบว่า จะมีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ละ 25 ถ้าบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภทเพียงคนเดียวจะมีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ละ 20 และจากการศึกษาคู่แฝดพบว่า ในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนหนึ่งจะเป็นด้วยร้อยละ 70-90 และโอกาสที่คู่แฝดจากไข่คนละใบจะเป็นโรคนี้อยู่มีร้อยละ 14 (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

### 3) ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors)

- ด้านความขัดแย้งในจิตใจ (intrapsychic conflict) โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้กล่าวถึงพื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์ว่า เกิดมาจากแรงผลักดันภายใน หลายอย่างเช่น แรงขับทางเพศ หรือแรงขับของความก้าวร้าว ซึ่งส่วนมากเป็นแรงขับที่ยังไม่ได้รับการขัดเกลา และเป็นแรงผลักดันที่อยู่ภายใต้จิตสำนึกของมนุษย์ทุกคน สำหรับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เกิดจากบุคคลไม่สามารถจัดการตนเอง และแรงขับที่เกิดจากแรงผลักดันภายใน ที่เรียกว่าสัญชาตญาณ เป็นผลให้เกิดความไม่เหมาะสมในการทำหน้าที่ของตนทางจิตใจ ร่วมกับการใช้กลไกทางจิต ชนิดที่ไม่ช่วยแก้ไขปัญหา เช่น projection, denial หรือ regression จากสิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจ (Taylor, 1994)

- ด้านสัมพันธภาพระหว่างมารดา กับทารกที่ผิดปกติ (defects in the mother-child relationship) ทารกแรกเกิดไม่สามารถสนองความต้องการของตนเองได้ ฉะนั้นผู้เลี้ยงดูหรือมารดาเป็นผู้สนองความต้องการให้ทารกทุกอย่าง บุคคลทั้งสองจึงมีความสัมพันธ์ต่อกันเป็นความผูกพัน ความไม่ปกติเกิดจากการที่เด็กควรพัฒนามาช่วยตนเองได้ แต่เด็กไม่สามารถแยกจากมารดาได้ ต้องคอยพึ่งพาอาศัยมารดาตลอด พบได้ในกรณีและผู้เลี้ยงดูหรือมารดาแสดงให้เด็กเห็นว่า ตนเองมีอำนาจเหนือเด็ก เด็กจึงไม่มั่นใจ ไม่เป็นตัวของตัวเอง

- ด้านการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว (double-bind communication) การที่บุคคลเติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่ครอบครัวมีการสื่อสารไม่สม่ำเสมอ ไม่คงเส้นคงวา ไม่ตรงไปตรงมา หรือมีข้อมูลแอบแฝงอยู่ สร้างความสับสนให้กับครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่กำลังเจริญเติบโต ทำให้เด็กมีความยุ่งยากในการแยกแยะความจริง เกิดความไม่ไว้วางใจ และมีท่าทางระมัดระวัง ขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น

- ด้านครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ (dysfunction family) เกิดมาในครอบครัวที่มีผู้ที่เลี้ยงดูหรือบิดามารดา มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น บุคลิกภาพแปรปรวน ติดยา ติดสุรา เชื่อว่ามีผลต่อคุณภาพการเลี้ยงดูบุตร ไม่สามารถตอบสนองร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม

4) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic factors) เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท จากการศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี มีสองความคิด คือ เชื่อว่ากลุ่มประชากรที่มีฐานะทางสังคมและระดับเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า แต่มีคนแย้ง



ว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วก็จะทำให้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยตกต่ำลง

## 1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก

ลักษณะอาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546) ดังต่อไปนี้

1) กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการ ดังนี้

- อาการหลงผิด (delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ persecutory delusion และ delusion of reference ส่วนอาการหลงผิดอื่น ๆ ที่พบบ้าง เช่น somatic delusion และ grandiose delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดซึ่งมีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจ

- อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่น ๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนที่พบบ้าง เช่น tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ auditory hallucination

- Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทางกรพูดและสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมาจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปีสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนงู ๆ กี่ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

2) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึกร ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

- Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

- Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก

- Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

- Associality เก็บตัว เฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มิกิจกรรมที่

สनुกสนาน ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

### 1.3 การดำเนินโรค

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นช้า ๆ แรก ๆ อาการจะน้อยและไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลไม่สังเกตหรือเห็นความสำคัญ และเมื่ออาการเกิดชัดเจนขึ้นผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ ปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธี การดำเนินโรคจึงเปลี่ยนไป ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบ ดังนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

- 1) หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำอีก
- 2) หายโดยกลับเป็นอีก
- 3) หายโดยไม่สมบูรณ์ คือ พอจะเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพจะต้องได้รับการช่วยเหลือ
- 4) เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นตัวบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภท
- 5) มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 1994)

- 1) ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน จากการศึกษาพบว่า ก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดอาการกำเริบมักจะมีอาการนำมาก่อน เป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี และอยู่ไม่สุข เป็นต้น (Herz et al., 1989)

- 2) ระยะแสดงอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรือมีอาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ คือ อาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงเป็นพัก ๆ จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ตามมาพร้อมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา

3) ระยะเวลาหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จะมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า แต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) จะลดความรุนแรงลง ในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) จะมีมากขึ้น เช่น อารมณ์เฉยเมย แยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ได้ ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ จะเกิดระหว่าง 5 ปีแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง มีปัญหาการดำรงชีวิต เกิดความเครียดได้ง่าย บางครั้งจะมีอาการซึมเศร้า เป็นภาวะแก่ครอบครัวและสังคม

#### 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรค ได้ 3 ระยะ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546)

1) การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ได้แก่

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

- การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจน ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (catatonic) ซึมเฉย ไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ การรักษาจะทำเป็นชุด ชุดหนึ่งประมาณ 6-12 ครั้ง โดยแบ่งทำ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ อาจจะทำวันละครั้ง หรือวันเว้นวันก็ได้ อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน พบได้ในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษา หลังจากนั้นอาการมีนงง สับสน จะหายไป ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืม ซึ่งอาการนี้จะมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ทำ เมื่อหยุดทำการรักษาอาการหลงลืมจะค่อย ๆ ดีขึ้น และหายไปภายใน 3-6 เดือน

- การรักษาด้วยสิ่งแวดลอม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วย โดยจัดสิ่งแวดลอมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือใน

กรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจใช้การผูกมัดและจำกัดบริเวณหรือพิจารณาฉีดยาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในรายนี้นี้ต้องดูแลใกล้ชิด ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงพิจารณายุติการผูกมัดหรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย

2) การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

- การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุด แต่ต่างกันที่จิตบำบัดแบบกลุ่มจะบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้นซึ่งช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมลงได้

- การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกการแสดงออก การขจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ

- การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจไปเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ป่วย ผู้รักษาต้องแนะนำวิธีการควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ สอนวิธีลดความเครียด

3) การรักษาในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเอง โดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวันไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) เป็นสิ่งสำคัญมากในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (rehospitalization) ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ออกฤทธิ์ยาว (long-acting antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ ต่อการ



ฉีด 1 ครั้ง ระยะเวลาในการรักษานั้นส่วนใหญ่เน้นในครั้งแรก หลังจากอาการทางจิตดีขึ้น แล้วให้ยาต่อเนื่องไปอีกหนึ่งปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว หากเป็นบ่อยกว่านี้ต้องให้ยาต่อเนื่องตลอดไป

## 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

### 1.5.1 หลักการพยาบาลทั่วไป

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีลักษณะตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม การพูดยาวทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือนและทำให้เกิดการตีความหมายสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น และสิ่งสำคัญคือ เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อถึงผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ โดยทั่วไปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย (สุวนิชย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2547)

1) การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านสุขอนามัยของตนเอง

2) การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่ผู้ให้การพยาบาลควรทำคือ การหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search of meaning) ได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือทำให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) โดยมีรายละเอียดดังนี้

- การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหลาย ๆ ความคิดของผู้ป่วยถูกถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ ดังนั้น สิ่งแรกที่พยาบาลจะต้องทำเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือการหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้น ๆ พยาบาลฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

- การส่งเสริมให้ความจริงแก่ผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น เห็นภาพบางภาพขณะอยู่ที่พยาบาลไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็น ขณะเดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้นเป็นต้น



3) การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่าเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคมและการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าจะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยเดินอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น พยาบาลที่มีความตั้งใจดีอาจจะพยายามนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับคนอื่น ๆ โดยที่ยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะทำอันตรายพยาบาลได้ด้วย ความหวาดระแวงและการหลงผิด นอกจากนั้นสิ่งที่ผู้ป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจจะมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ พฤติกรรมแปลก ๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน และเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางด้านสังคมพื้นฐานที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

### 1.5.2 การใช้กระบวนการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545)

#### 1) การประเมินสภาพปัญหา

- การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยปฏิเสธอาหารหรือไม่ ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อน ผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอเพียงใด พยาบาลใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย

- การประเมินด้านการคิด ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับใด มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด

- การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นตอนใด มีอาการไม่แน่ใจ มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

- พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง ครอบงำผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

- ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยายามต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อน อย่าเร่งรีบหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

## 2) การวินิจฉัยการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งสภาพทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม สัมพันธภาพ และอาการทั่ว ๆ ไปที่ได้ทำในขั้นต้น โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาล จะสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น มักเกี่ยวข้องกับอาการ positive symptoms ซึ่งได้แก่ อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด และอาการด้าน negative symptoms ได้แก่ อาการแยกตัว อาการความพร่องด้านสังคม ซึ่งภาวะแปรปรวนด้านความคิดและด้านสังคม จะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยด้านการหาความสัมพันธ์ของเหตุและผล ด้านการแก้ปัญหา ด้านการตัดสินใจ

## 3) การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

3.1) การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่าง ๆ ดังนี้

- การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

- การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อน และสุขอนามัยที่ดี

- การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

- การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจ และสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

- การพัฒนาการปรับตัว การมองตน และการมองโลกในแง่ดี

3.2) การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วย

- การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่าง ๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่บ้าน

- การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม

- การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน และหน่วยงานใกล้บ้าน เช่น ศูนย์บริการสุขภาพจิตเขตต่าง ๆ

#### 4) การปฏิบัติการพยาบาล

ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิคการพยาบาลดังนี้

- เสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ

- ลดความวิตกกังวลด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

- รักษาสมดุลด้านชีววิทยา

- ใช้ความคงเส้นคงวา และชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร

- ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

- นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม

- ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียง ในช่วงที่

ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

#### 5) การประเมินผล

ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

- ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตราย และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางชีวภาพ

- ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น

- ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น
- ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่น และสังคมดีขึ้น
- ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวขึ้น
- ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

สรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด และการรับรู้ ซึ่งมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ผู้ให้การพยาบาลจึงต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมินได้ วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังการพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นในการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

## 2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

### 2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีดังนี้ (กัลยาณี โนนินทร์, 2542)

- 1) เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการ ทั้งในผู้ที่มีสุขภาพจิตเจ็บป่วย พิกัด หรือป่วยหนักเพื่อดูแลความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน
- 2) เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพร่วมกัน
- 3) เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
- 5) เป็นการบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
- 6) เป็นบริการที่มีการบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

7) เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ก็ใช้หลักการเดียวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านดังข้างต้น ซึ่งปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ (Pelletier, 1988; Klebnoff, 1989 อ้างถึงใน อรพรรณ ถีอนุญชวัชชัย, 2545)

1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

2) ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4) ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด

5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล

6) ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน

7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว

8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชน ในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีลักษณะการบริการแบบผสมผสานด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้บริการที่บ้านและในชุมชนเพื่อให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ เน้นการบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย



## 2.2 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย (2545) ได้กล่าวถึง กิจกรรมที่พยาบาลทางด้านสุขภาพจิต และจิตเวช นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น สามารถกระทำได้ในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

- 1) การประเมินสถานะผู้รับบริการ
- 2) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน
- 3) พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว
- 4) สอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว ทักษะชีวิต และการประกอบอาชีพ

อาชีพ

- 5) ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม
- 6) การสนับสนุนให้กำลังใจ
- 7) การเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 8) การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่น ๆ
- 9) การประเมินผล ปรับการดูแลเป็นระยะ

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ควรให้การพยาบาลตามหลักการดูแลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยอาศัยหลักการพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Basic principles of psychosocial home care) ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 6 กิจกรรม ดังนี้ (คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช เป้าหมายเพื่อเกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ และอบอุ่น

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษาที่ถูกต้อง และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน จึงลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกใน

ครอบครัว เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาและมีวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤต และฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต และฉุกเฉินทางจิตเวชได้ถูกต้อง รวมทั้งครอบครัวมีทักษะการจัดการ และการเผชิญกับภาวะวิกฤตได้

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนตามศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้สิ่งที่พยาบาลควรคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่สำคัญคือ การผสมผสานแนวคิดและหลักการพยาบาลเชิงสังคมและวัฒนธรรม การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่มีประสิทธิภาพควรยึดหลักการดังนี้

- 1) ผู้รับบริการแต่ละรายมีสังคมและวัฒนธรรมของตน ที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมายและความสำเร็จของตนเอง การดูแลจะต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้รับบริการยึดเหนี่ยว
- 2) วัฒนธรรมเป็นสิทธิของผู้รับบริการที่ผู้ให้บริการจะต้องรับรู้ ยอมรับ และดูแลอย่างเหมาะสม
- 3) การรับฟัง การยอมรับ การให้ความสนใจ และเอาใจใส่ผู้รับบริการ เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และความร่วมมือของผู้รับบริการ
- 4) ผู้รับบริการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับบริการ
- 5) ความสำเร็จในการดูแลขึ้นอยู่กับความรู้ เข้าใจโลกทัศน์ของผู้รับบริการ
- 6) การสังเกต ช่วยให้เข้าใจผู้รับบริการ ตลอดจนสังคม และวัฒนธรรมของผู้รับบริการ และสามารถเลือกใช้รูปแบบการดูแลได้อย่างเหมาะสม
- 7) พยาบาลควรมีความสามารถในการพูดหรือสื่อความภาษาท้องถิ่นได้จะช่วยให้สัมพันธภาพดำเนินไปได้เร็วขึ้น

สรุปได้ว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและสังคม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่จะได้ผลอย่างแท้จริง จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจ ความร่วมมือทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในการส่งเสริมการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่า มุ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

## 2.3 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

### ความหมาย

ผู้ดูแลในครอบครัว หรือ ผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน

Horowitz (1985 cited in Horowitz & Reinhard, 1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มากกว่าคนอื่น ๆ

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

Orem (1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแล ช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่ น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลที่สำคัญในชีวิต ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่เกิดขึ้นที่บ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

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

## 2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การเจ็บป่วยทางจิตต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวผู้ดูแล และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกตินั้น ครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534) กล่าวถึงการดูแลที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลทั้ง 6 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านความเป็นอยู่ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย หากมีอาการทางจิตมากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนให้ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ดูแลการรับประทานอาหารและการพักผ่อน
- 2) ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรชมเชย และให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่ดูค่าหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรงเพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย
- 3) ด้านสังคม ผู้ที่มีพฤติกรรมเฉื่อยชา แยกตัวเอง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากขึ้น เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา หรือร่วมงานต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน
- 4) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมของบุคลิกภาพ อาจจะไม่สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล
- 5) ด้านการรักษา ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนหรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมทั้งเป็นผู้ช่วยสนับสนุนการรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
- 6) ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะการปรับตัวให้กับผู้ป่วยให้สามารถรับผิดชอบและช่วยเหลือตนเองได้

จอม สุวรรณโน (2541) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

- 1) ปฏิบัติการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 2) ช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ
- 3) จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพ จัดหาซื้อยารวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยา
- 4) ช่วยเหลือด้านการเงิน
- 5) แบ่งเบาภาระงานบ้าน
- 6) เป็นธุระติดต่อกับชุมชน

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

- 1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การรับประทานยา เป็นต้น
- 2) บทบาทของผู้จัดการดูแล (care manager role) เป็นบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และภาวะจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือบริการอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบมากมายดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท

## 2.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และความรู้สึก ความบกพร่องเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้



1) ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ในระยะที่มีอาการกำเริบผู้ดูแลบางราย อาจต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เวลาสำหรับการดูแลตนเองและการพักผ่อนลดลง นอกจากนี้การรับผิชอบในหลายบทบาท เช่น การดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในครอบครัว การหารายได้ควบคู่กับการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้าจากการรับบทบาทที่มากเกินไป (รุจา ภูไพบูลย์, 2535) จนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้ากับการดูแล (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; Song, Biegel, & Milligan, 1988; Salleh, 1994; Eakes, 1995; Adamec, 1996; Hobbs, 1997) ดังเช่นการศึกษาของ Salleh (1994) พบว่า อาการของผู้ป่วยจิตเภทจะขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวของผู้อื่น และบางครั้งมีผลให้ผู้อื่นมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายทางกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ผู้ดูแลต้องกระทำแทน อีกทั้งต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของตนเอง ผู้ป่วย และสิ่งของต่าง ๆ อีกด้วย

2) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจต่าง ๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรถึงจะเหมาะสม จนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (วรภช นิธิกุล, 2535; ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539; ยอดสร้อย วิเวการรณ, 2543; Loukissa, 1995) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป และความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998) ดังเช่นการศึกษาของ Baker (1989) พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ความรู้สึกสูญเสีย เศร้าโศก เสียใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

3) ผลกระทบด้านสังคม จากการที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่เดียวกันก็ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย การรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่น ๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การพบปะเพื่อนฝูงลดลง (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532) เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะการเฝ้าดูแลในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ทำให้

ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวได้ตามความต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปร่วมทำบุญ ประเพณีต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่จัดขึ้นภายในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (วรกช นิธิกุล, 2535; ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; มนตรี ออมวิเศษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544; Eakes, 1995)

4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องขาดงาน รวมทั้งผู้ดูแลต้องลางานหยุดงานหรืออาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (รัชนีกร อุปเสน, 2541; Thomson et al., 1993; Eakes, 1995) ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (นิมิตา ล. สกุล, 2544) ดังเช่นการศึกษาของ เพชรา อิมเอม (2531 อ้างถึงใน นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) เกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล และรายได้ของสมาชิกคนอื่น ๆ ลดลง

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดการเบื่อหน่ายผู้ป่วย หรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกยุ่งยากในการดูแล ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ ผู้ป่วยทุกคนต้องการการดูแลเอาใจใส่ ต้องการความห่วงใย เอื้ออาทร และต้องการกำลังใจจากครอบครัว เพื่อไม่ให้เกิดความท้อแท้ในการดูแลรักษาอาการป่วยของตน ช่วยให้อาการป่วยทางจิตดีขึ้น และเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นหากผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีและผู้ป่วยจิตเภทก็จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้

### 3. การระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 3.1 ความหมายของการระในการดูแล

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านความคิด ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมได้ มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ดูแลโดยตรงซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานหรือตลอดชีวิต จึงเป็นผลให้

ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วยหลายแนวความคิดด้วยกัน ดังนี้

คำว่า ภาระ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) หมายถึง ภาระที่หนัก การงานที่หนัก หรือหน้าที่ที่ต้องรับเอา ส่วนภาระในทางสุขภาพ หมายถึง ภาระการดูแล (burden of care) Mills (1962 cited in Fadden, Bebbington & Kuipers 1987) ผู้เริ่มศึกษาภาระในทางสุขภาพ กล่าวว่า ภาระ หมายถึง ผลกระทบทางลบที่เกิดจากการกระทำบทบาทผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย สอดคล้องกับ Grand & Sains (1963 cited in Vitaliano et al., 1991) ซึ่งยอมรับผลกระทบที่เกิดจากการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยทางจิต ว่ามีผลกระทบด้านลบหรือเป็นภาระของครอบครัว

Honig & Haminton (1966 cited in Jones, 1996) ให้ความหมายของภาระโดยอธิบายในเชิงของผลกระทบที่เกิดจากการดูแลว่ามี 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับสถานการณ์การดูแล เช่น ขาดความเป็นอิสระ และสูญเสียรายได้ของครอบครัว เป็นต้น ส่วนภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อประสบการณ์การดูแล เช่น ความวิตกกังวล ความตึงเครียด หรือ ความรู้สึกอับอาย เป็นต้น ซึ่งให้ความหมายสอดคล้องกับ Thomson & Doll (1982), Montgomery, Gonyea & Hooyman (1985) และ Provencher (1996) ซึ่งได้ให้ความหมายภาระของผู้ดูแลว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากงานความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทักษะ ทักษะปฏิบัติตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกท้อใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกเหมือนติดกับ ส่วนภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้น มีความเป็นอิสระลดลง พลังงานลดลง สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวลดลง การมีเวลาทำกิจกรรมร่วมในสังคมลดลง ปัญหาหน้าที่การงาน และปัญหาด้านสุขภาพ

George & Gwyther (1986) กล่าวว่า ภาระของผู้ดูแลเป็นความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ Feddersen (1990 อ้างถึงใน ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540) ให้ความหมายของภาระว่าเป็นสภาพปัญหาในสถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้ดูแลจะต้องอดทนต่อสภาพปัญหานั้น

ประกอบด้วย ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ความเหนื่อยล้า ปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ปัญหาทางด้านสังคม และปัญหาทางการเงิน

Tesler et al. (1982 cited in Jones, 1996) ได้ให้ความหมายของภาระที่แตกต่างออกไป โดยเสนอในแนวคิดเกี่ยวกับภาระชื่อ Tesler's concept of caregiver burden แบ่งภาระออกเป็น 2 ด้าน คือ ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ซึ่งภาระนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลและพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยประเมินผลของภาระตามสถานการณ์ของผู้ดูแลได้ 4 มุมมอง คือ มุมมองที่ 1 พฤติกรรมของผู้ดูแลที่ส่งผลให้เกิดภาระเชิงอัตนัย ได้แก่ การประเมินตามสถานการณ์ของผู้ดูแลและเกี่ยวข้องกับงานของผู้ดูแล

มุมมองที่ 2 พฤติกรรมของผู้ดูแลส่งผลให้เกิดภาระเชิงปรนัย ได้แก่ ภาระหน้าที่ที่ต้องทำตามสถานการณ์ในการดูแล

มุมมองที่ 3 พฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาระเชิงอัตนัยจากการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแลและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรบกวนของผู้ป่วย

มุมมองที่ 4 พฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาระเชิงปรนัยจากการที่ผู้ดูแลมีภาระหน้าที่ ได้แก่ ภาระหน้าที่ที่ต้องทำเนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก

จะเห็นได้ว่า ได้มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับภาระในรูปแบบที่เหมือนและแตกต่างกัน ตามการรับรู้ของแต่ละคน ซึ่งแนวคิดที่จะนำไปใช้ก็ควรจะเป็นแนวคิดที่ตรงกับมุมมองของความสนใจของแต่ละคนและเหมาะสมกับงานวิจัยนั้น ๆ สำหรับแนวความคิดภาระของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา คือ แนวความคิดภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ของ Montgomery et al. (1985) โดยให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเบื่อหน่าย ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ปฏิกริยาทางอารมณ์ และทัศนคติของผู้ดูแล และ 2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ ความเป็นส่วนตัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมร่วมในสังคม หน้าที่การงาน และภาวะสุขภาพ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาระหรือปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้



1) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา อาจมีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลได้ ดังเช่นการศึกษาของ Bull (1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลและภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ครั้งแรกหลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 หลังออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ภาระในการดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ร้อยละ 27 และร้อยละ 17 ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ส่วน Oberst et al., (1989) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการรักษากับภาระในการดูแลของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบำบัด พบว่าระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระในการดูแลของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าระยะเวลาในการรักษาทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระในการดูแลมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาทั้งสองกรณีมีความขัดแย้งกัน จึงไม่อาจสรุปทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลกับความรู้สึกเป็นภาระได้

2) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนบ้านเดียวกัน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนในที่ทำงานเดียวกัน และคนใกล้ชิด อาจมีฐานเริ่มมาจาก มีความสนใจร่วมกัน จึงมีความสัมพันธ์ต่อกันในหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคล ภายใต้สถานการณ์แต่ละอย่าง การช่วยเหลือเกื้อกูลที่ได้รับจากกัน จึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shelves, 1986)

3) รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985) Montgomery et al. (1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาระของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวมากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Bull (1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าครอบครัวที่มีรายได้มากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย

4) อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้การรับรู้ภาระต่างกัน (Lefley, 1987; Cook et al., 1994) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหา ผู้มีอายุมากกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้ภาระน้อย เช่นเดียวกับ การศึกษา



ในผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีภาระในการดูแลน้อย (Montgomery et al., 1985)

5) จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัวเพียง 1-2 คน จะมีภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัว 3-8 คน (Crotty & Kuly, 1986) เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเท่านั้น ผู้ดูแลยังทำหน้าที่ดูแลสมาชิกภายในครอบครัวอีกด้วย

6) การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต โดยบรรเทาความรุนแรงของปัญหา เช่น การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Crotty & Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุขศึกษาแก่ผู้ดูแลช่วยลดภาระเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหาได้ (Montgomery et al., 1985)

7) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นับว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (นิศากร แก้วพิลา, 2545; Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Lim & Ahn (2003) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อการรับรู้ภาระ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย ผู้ดูแลในครอบครัวจึงจำเป็นต้องได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะจะทำให้เกิดความรู้ มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น สามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) ทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง เป็นผลให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985)

### 3.3 การประเมินภาระในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีวิธีการประเมินภาระในการดูแลจากหลากหลายแนวคิด ดังนี้

3.3.1 การประเมินภาระในการดูแลของ Oberst (1991) ได้ประเมินผลลัพธ์ของการจัดกระทำดูแลแล้วควรสนใจทั้งปริมาณเวลาหรือปริมาณความต้องการในการดูแล และความยากลำบากในการดูแล แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ

1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมการดูแลซึ่งมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแล วัดจากความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม

2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) หมายถึง กิจกรรมการดูแลซึ่งมีปริมาณความต้องการในการดูแล (demand) วัดจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรม

Oberst (1991) ได้สร้างแบบวัดการดูแล (Caregiver Burden Scale: CBS) โดยประเมินจากความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา เพื่อวัดภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการจัดการกับความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984 cited in Oberst, et al. 1989)

ในประเทศไทย สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) เป็นผู้แปลแบบวัดภาระการดูแลของ Oberst (1991) เป็นภาษาไทยและได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากพยาบาลผู้ชำนาญการ จากนั้นนำข้อคำถามบางข้อไปปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาต่อไป

3.3.2 การประเมินภาระในการดูแลของ Montgomery et al. (1985) โดยแบ่งภาระในการดูแลเป็น 2 มิติ คือ

1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึก ทักษะคติ ปฏิบัติการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเคียดแค้น อับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ

2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ซึ่งมีผลต่อดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้หน้าที่การทำงานเปลี่ยนแปลงและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ

Montgomery et al. (1985) ได้พัฒนาและประเมินภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ ดังกล่าวข้างต้น ในประเทศไทยแปลและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมในแต่ละมิติสามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้น ๆ ได้ จึงทำให้เห็นภาระในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนั้นการที่จะนำเครื่องมือมาใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับภาระในการดูแลในมุมมองที่ต้องการประเมิน เพื่อที่จะให้การประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาภาระในการดูแล

โดยใช้วิธีการประเมินตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งมองภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) และภาระเชิงปรนัย (objective burden) เนื่องจากเป็นการมองภาระที่ชัดเจนครอบคลุมมากที่สุด และมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

### 3.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองต้องพึ่งพาผู้ดูแลก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบทั้งทางร่างกายและจิตใจผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรมีบทบาทในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ดังนี้

3.4.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (patient intervention) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลให้น้อยที่สุด เช่น พฤติกรรมบ้าบอดต่าง ๆ การฝึกให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งทักษะด้านกายภาพและการเคลื่อนไหว (Elloit, 1998)

3.4.2 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (caregiver intervention) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลเพื่อลดภาระการดูแล แบ่งออกเป็น

1) การให้ความรู้ (education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ, 2545) และทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวังและการเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแล เพิ่มความรู้สึกรู้สึกของความพึงพอใจ และเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ (Kasuya, 2000) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดภาระการดูแลได้ เช่น ดรุณี คชพรหม (2543) ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

2) การจัดกลุ่มสนับสนุน (support group) เพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ภาระการดูแล จากการบรรยายหรือการพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มสนับสนุนเป็นความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แหล่งประโยชน์ และวิธีการแก้ปัญหา Howe & Howe (1987 cited in Cook, 1999) ได้ศึกษาผลของการเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มสนับสนุนต่อภาระการดูแลของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ (The Effect of Support group Participation on Caregiver Burden Among Parent of Adult Off Spring with Severe mental illness) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีภาระการดูแลที่ลดลง

3) ครอบครัวบำบัด (family therapy) การทำครอบครัวบำบัดจะต้องไม่

เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วย หรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้ และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก

4) การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (develop family strength) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญหน้าและรับผิดชอบความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต และต้องรับภาระหนักในการดูแล จำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนักของทุกวัน รวมทั้งความแข็งแกร่งของความรู้สึของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจ และเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้เป็นแนวทางในการลดภาระในการดูแล

5) การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา (involving caregiver in treatment) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวเป็นสาเหตุของการเกิดโรค หรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัว สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วม คือ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลของการรักษาผู้ป่วยต่อผู้ดูแล (Elliot, 1998) การสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม เป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณโน, 2541) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแล และผลลัพธ์ของการดูแลในทางบวก (Kramer, 1993 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโน, 2541) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือ การมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น การร่วมวางแผนการรักษา และก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษา และผลลัพธ์ ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะช่วยลดความแตกต่างหรือช่องว่างระหว่างทีมการรักษาและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญในการรักษานี้จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และสามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลได้

กล่าวโดยสรุป บทบาทของพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน นับเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและสังคม มุ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ โดยการนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต รวมทั้งการพัฒนาความแข็งแกร่งของผู้ดูแลให้สามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลได้ จะทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง ซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลลงได้



## 4. การให้สุขภาพจิตศึกษา

### 4.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Williams, 1989) สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การบำบัด แต่เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษาทั้งหมด ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นย่อมจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและระบบสนับสนุนของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย จนสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสามารถหาวิธีป้องกันการป่วยซ้ำได้ วิธีการนี้มักนิยมใช้ก่อนหรือร่วมกับการทำครอบครัวบำบัด (family therapy)

การให้สุขภาพจิตศึกษา มีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบ สำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (support) และการบริการด้านความรู้ (educational services) โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (network) (Anderson, Hogarty, and Reiss, 1980) ซึ่งในที่นี้หมายถึงรูปแบบของการปฏิบัติการ (intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือ และสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย

การให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบ โดยแบ่งได้ดังนี้ (Williams, 1989)

1) การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้ฝึกทักษะ และสามารถดูแลตนเองได้

2) การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบ



จำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

#### 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation)

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Abramowitz & Coursey, 1989) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาแบบนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากผลการวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย Brown et al. (1972) ได้เสนอผลงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งได้แก่ การแสดงความเป็นมิตรระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย (hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมาก (criticism) และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional overinvolvement) จะมีสถิติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย

จากผลการวิจัยดังกล่าว ทำให้ผู้รักษาตั้งข้อสันนิษฐานว่า ครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ความไม่รู้และไม่เข้าใจของครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากโรคของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด และกลับเป็นซ้ำอีก ดังนั้น รูปแบบของการบริการจึงให้จัดในรูปของโปรแกรมการให้ความรู้กับครอบครัว โดยมุ่งเน้นในการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิต สาเหตุของโรค การรักษา การพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว การฝึกทักษะเกี่ยวกับการแก้ปัญหา (problem solving skills) การอยู่ในสังคม (social skills) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) แก่ครอบครัว

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พัฒนาขึ้นโดย Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย

- 1) การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัวเพื่ออนาคตที่ดีกว่า

2) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

3) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้

โดยอาศัยหลักการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) ดังนี้

- 1) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
- 2) การช่วยเหลือทางด้านสังคมตามความต้องการของผู้ป่วย
- 3) การจัดการในเรื่องการใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย
- 4) รับฟังครอบครัว และช่วยเหลือในการวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม
- 5) ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับโปรแกรมการรักษาสำหรับผู้ป่วย
- 6) ประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
- 7) ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์
- 8) การให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การรักษา การประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม
- 9) การวางแผนการช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว
- 10) การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว
- 11) ส่งเสริมครอบครัวในการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
- 12) สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัวของสมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วย
- 13) การลดความสับสน ความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ดังนี้

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้รักษา

ผู้ป่วย

- 1) ช่วยสร้างเครือข่ายในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ
- 2) ลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล
- 3) ลดปริมาณการใช้ยา
- 4) พัฒนาทักษะทางสังคมและการติดต่อสื่อสาร
- 5) ช่วยเพิ่มรายได้ และโอกาสในการประกอบอาชีพ
- 6) สร้างความแข็งแกร่งให้กับครอบครัว
- 7) ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว

ครอบครัว

- 1) เป็นการเตรียมทักษะในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ
- 2) พัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต
- 3) พัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียด
- 4) ลดความรู้สึกเป็นตราบาปและการแยกตัว
- 5) ลดความตึงเครียด
- 6) พัฒนาสัมพันธภาพภายในครอบครัว

ผู้รักษา

- 1) พัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ภายในชุมชนและการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย
- 2) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่หลากหลาย และวิธีการรักษา

พยาบาล

- 3) ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย
- 4) สามารถลดการดูแลในภาวะวิกฤตได้
- 5) พัฒนาสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

จะเห็นได้ว่า เมื่อได้รับการประทับประคองจากบุคลากรทางสุขภาพจิต ในการเข้าไปช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อม ๆ กัน กลายเป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย สามารถลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Harter, 1988) ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งผู้รักษาอีกด้วย นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นการส่งเสริมความสามารถแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วย และการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้น

นับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985)

## 5. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ในทุกกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) ตามแนวคิดของ Anderson et al.(1980) โดยการที่ผู้วิจัยพยายามสร้างสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว และพยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) สามารถร่วมมือในการบำบัดรักษา นำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตนเอง มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกรับรู้เป็นภาระทั้งด้านอัตนัยและปรนัยลดลง (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

อีกด้วย สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว (psychoeducation programs) จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถให้ความร่วมมือในการรักษา และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านอัตรายและปรนัยของผู้ดูแลลดลง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย เพื่อให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค โดยผู้วิจัยนำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการให้ความรู้ครอบครัวเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) มาใช้ในการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ดูแลและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระภาระทั้งด้านอัตรายและปรนัยลดลง (Lazarus & Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้วิจัยนำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) มาใช้ ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงใน ทิปประพิณ สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดความเครียดซึ่งเป็นภาระเชิงอัตรายได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมโดยผู้วิจัยนำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะใน



การติดต่อสื่อสาร (communication skills) มาใช้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชรี คันธสายบัว, 2544) และยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) นอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดเป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Thompson & Doll, 1993 อ้างถึงใน ทวีปประพิน สุขเขียว, 2543) ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระด้านปรนัยลดลง

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อร่ามศรี เกสจินดา (2537) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเวชต่อความวิตกกังวลโดยใช้วิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยจิตเภทที่เคยรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 50 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งประชากรออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการสุ่ม คือ กลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจากผู้วิจัย และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้ากลุ่ม ศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษามีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรชัย จุลเมตต์ (2540) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์จากผู้วิจัย ผลการศึกษาพบว่า ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง ภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าภาระเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อน

และหลังได้รับการพยาบาลไม่แตกต่างกัน แต่ภาระเชิงอัตนัยหลังได้รับการพยาบาลตามปกติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ มีภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รัชนีกร อุปเสน (2541) ได้ศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทครอบครัว ที่อาศัยในเขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 10 คน เป็นชาย 3 คน หญิง 7 คน อายุระหว่าง 51-60 ปี และเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อความหรือประโยคที่แสดงออกถึงกิจกรรมความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของญาติผู้ดูแลต่อประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงถึงบทบาท และภาระที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแล ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา โดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและสรุปนำเสนอในเชิงปริมาณ ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีบทบาทผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านตามการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป ส่วนการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยญาติผู้ดูแลแสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือ และบทบาทผู้จัดการดูแล และยังพบว่า ในบางครั้งญาติผู้ดูแลไม่แสดงบทบาทใด ๆ ส่วนภาระในการดูแลที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของญาติผู้ดูแล พบภาระในเชิงรูปธรรมคือ ในด้านการพักผ่อน สุขภาพกาย สุขภาพจิต และภาวะเศรษฐกิจ ส่วนในด้านปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับบุคคลอื่น ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ และความรู้สึกเป็นภาระในเชิงนามธรรม พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ทิพย์ประพิน สุขเขียว (2543) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มาส่งผู้ป่วย หรือรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม 2541 ถึงเดือนธันวาคม 2541 จำนวน 120 คน ซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก 1) การสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านอยู่ในระดับมากตามลำดับดังนี้ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของแรงงาน 2) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาระเท่ากับ 38.78 ซึ่งหมายถึงไม่มีภาระ 3) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามลำดับ แต่ไม่พบความสัมพันธ์

ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร การยอมรับและเห็นคุณค่ากับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ครุณี คชพรหม (2543) ได้ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ภาระเชิงประนัยและภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลง ภายหลังได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า ภาระเชิงประนัยและภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา มีภาระเชิงประนัยและภาระเชิงอัตนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สกาวิรัตน์ ภูผา (2543) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 18 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการเข้ากลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินหรือการตอบสนอง การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านแหล่งประโยชน์และบริการ โดยเข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ในเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระการดูแลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีปัจจัยในการบำบัดเกิดขึ้นดังนี้คือ การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การระบาย การให้ข้อมูล ความเกื้อกูล การได้รู้ความจริงของชีวิต และความหวัง

สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ สูงกว่าก่อนการได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาแล้วพบว่า กลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการดำเนิน

ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย สูงกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Hatfield (1979) ได้สำรวจสภาพความเดือดร้อนของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ใน ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 89 คน เพื่อประเมินความต้องการ ของครอบครัว และวิธีเผชิญปัญหา ผลการศึกษาพบว่า การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยก่อให้เกิด ความเครียดแก่ครอบครัว ร้อยละ 65 ครอบครัวมีความวิตกกังวล ร้อยละ 30 การเจ็บป่วยก่อให้เกิด ความยุ่งยากกับบรรดาพี่น้อง ร้อยละ 27 ทำให้ชีวิตในสังคมของครอบครัวยุ่งเหยิง ร้อยละ 20 และ ครอบครัวมีความรู้สึกเศร้าเสียใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย ร้อยละ 22 นอกจากนี้ยังพบว่า เพื่อน ญาติ และบุคลากรทางวิชาชีพ และการได้รับการสอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ ผู้ดูแลเข้าใจ และควบคุมการเจ็บป่วยได้

Jones (1996) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเชิงปรณัยและภาวะเชิงอัตนัยใน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง โดยศึกษาถึงทดลองระยะยาว (Longitudinal quasi-experimental study) ศึกษามากกว่า 3 ปี ระหว่างปี ค.ศ. 1991-1994 จำนวน 514 ราย โดยการสัมภาษณ์ทาง โทรศัพท์ พบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระงานที่หนัก แต่ผู้ดูแลก็ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความขัดแย้งกันเกี่ยวกับความต้องการที่มากเกินไปของ ผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอึดอัดใจ ส่งผลให้เกิดภาวะเชิงอัตนัยสูงขึ้น และพบว่าภาวะเชิงอัตนัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลมากกว่าพฤติกรรมของผู้ป่วย และภาวะเชิงอัตนัยเป็นภาระ เชิงระบบมากกว่าภาวะเชิงจิตวิสัย

Francell (1998) ได้ศึกษาการรับรู้ภาระของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช เรื้อรัง ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 86 ครอบครัว โดยการแบ่งเป็นกลุ่มย่อยและ สัมภาษณ์ (focus group) เกี่ยวกับประสบการณ์ของภาระในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีอาการ ป่วยทางจิต ผลการศึกษาพบว่า แนวทางที่จะช่วยลดภาระครอบครัว คือ การให้ความรู้กับครอบครัว (family education) เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการจัดการกับภาวะวิกฤต และการให้ ครอบครัวมีส่วนร่วมในทีมรักษา (inclusion of family in the treatment team) และการตัดสินใจ เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

Magliano et al. (1998). ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดย ศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 236 ราย ซึ่งอาศัยอยู่ใน 5 ประเทศของทวีปยุโรป ผล การศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของ



ภาระ อธิบายได้ว่า ครอบครัวจะมีการรับรู้ภาระในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคมและมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ และได้แนะนำว่าควรมุ่งเน้นการปฏิบัติการกับครอบครัว เพื่อเพิ่มการสร้างเครือข่ายทางสังคม และการลดความรู้สึกเป็นตราบาป

Dyck, Short & Vitaliano (1999) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 70 ราย ผลการศึกษาพบว่า ทรัพยากรในครอบครัวซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาระ อธิบายได้ว่า ครอบครัวจะมีการรับรู้ภาระในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ

Lim & Ahn (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเกาหลี จำนวน 57 ราย งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การเผชิญความเครียด และภาระของผู้ดูแลในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย นั่นคือผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งรูปแบบของปฏิบัติการที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวคือ การใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาระเชิงอัตนัย นอกจากนี้ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลและเพศของผู้ดูแล ยังมีผลต่อการเผชิญความเครียดทางบวกของสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงและผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน จะมีการเผชิญความเครียดในทางบวกมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อย ซึ่งระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนี้ยังมีผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้ภาระของผู้ดูแลอีกด้วย สำหรับอายุของผู้ดูแลนั้นพบว่ามีผลกระทบต่อการรับรู้ภาระของผู้ดูแลเพียงเล็กน้อย

Reinares et al. (2004) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน เพื่อประเมินผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนและประเมินภาระของผู้ดูแล โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนสุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวน และทักษะการเผชิญความเครียด ผลการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสามารถเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค และสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระทั้งภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยได้



## กรอบแนวคิดในการวิจัย

### โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

#### กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

- พุคคุยสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ
- ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม
- ให้ความรู้เรื่องโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
- พุคคุยให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

#### กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

- ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ และการรักษา
- ให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้น

#### กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

- ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท การสังเกตอาการเตือน พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการ
- ยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว

#### กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

- ให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ และอาการ และวิธีการจัดการกับความเครียด
- สาธิตเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเอง และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม

#### กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

- แสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ” และ “การสื่อสารทางบวก” และร่วมกันแสดงความคิดเห็น
- ให้ความรู้ในเรื่องการสื่อสารในครอบครัว
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนและวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน

### ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 1. ภาระเชิงอัตนัย

- ความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติ

#### 2. ภาระเชิงปรนัย

- การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง
- ความมีอิสระลดลง
- การมีกิจกรรมในสังคมลดลง
- หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง
- เกิดปัญหาสุขภาพ

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้



O<sub>1</sub> หมายถึง การวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

O<sub>2</sub> หมายถึง การวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

O<sub>3</sub> หมายถึง การวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O<sub>4</sub> หมายถึง การวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง ให้การทดลองโดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง กรุงเทพมหานคร เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท

2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้าง รางวัลใด ๆ

3. มีอายุระหว่าง 20-60 ปีทั้งชายและหญิง
4. สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV และ ICD 10

2. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย
3. สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว

1. เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย
2. มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในปัจจุบัน
3. มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคม และเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) (Cochran & Cox, 1992; Tabachnick & Fidell, 1996; Machin et al., 1997) (ดังในภาคผนวก จ) โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลอง จากการศึกษาของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) เรื่องผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง และกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 90 % ที่ระดับนัยสำคัญ .01 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 11 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

## ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งทำหน้าที่ประจำคลินิกจิตเวช ของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วย ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โดยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวในช่วงเวลาที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2. หากพบว่ามีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่าง ใช้นิยามยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ (Mann, 2001) โดยวิธีการจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (matched pair) ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกัน หรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ผู้วิจัยจึงจับคู่ตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว เนื่องจากตัวแปรทั้ง 2 มีผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Montgomery et al., 1985; Bull, 1990)

4. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการจับสลาก เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา  
ครอบครัว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน  
ได้แก่
  - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่
  - 3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล

1.2 สร้างโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา ร่วมกับสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย การให้ความรู้ครอบครัว (family education) และให้ข้อมูล (information) เกี่ยวกับโรคและการรักษา ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การสอนวิธีการเผชิญความเครียด (coping skills) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สัปดาห์ละครั้ง จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 60-90 นาที ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

ระยะเวลา 60 นาที

#### สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิก จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม



## กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

## กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง

## กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้นักคลมมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้นักคลมมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้

## กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาก็ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

### การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ได้สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า และการทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา ตามสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

#### กิจกรรมที่ 1

1. ใบงานที่ 1/1 ปรับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้
  - ข้อ 10 คำว่า สัน โดษ แก้ไขเป็น ต่างคนต่างอยู่
  - ข้อ 16 คำว่า อะอะ โวยวาย แก้ไขเป็น ชอบตำหนิ
2. ใบงานที่ 1/2 ให้จัดหมวดหมู่ของปัญหา แล้วนำมาลำดับข้อใกล้ ๆ กัน จะช่วยให้ตอบได้ง่ายขึ้น และปรับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้
  - ข้อ 11 เพื่อนบ้านไม่เป็นมิตร แก้ไขเป็น ชัดแย้งกับเพื่อนบ้าน

ข้อ 17 พ่อแม่ดูแลลูกไม่เป็น แก้ไขเป็น มีปัญหาระหว่างพ่อแม่กับลูก ๆ และเพิ่มข้อความในใบงาน ดังนี้ “ไม่เคยแสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีต่อกัน” และ “ไม่รู้สึกภาคภูมิใจในครอบครัว”

3. ใบงานที่ 1/3 ให้เปลี่ยนจากการทำในกิจกรรมข้อ 10 มาทำหลังจากจบกิจกรรมข้อ 12 จะทำให้สามารถวัดการปรับความรู้สึกไปในด้านบวกได้มากกว่า

กิจกรรมที่ 2

1. ใบงานที่ 2/1 ให้ตัดข้อความบางข้อซึ่งไม่เข้ากลุ่มกับข้ออื่น และไม่สัมพันธ์กับเนื้อหา

2. ใบงานที่ 2/2 ปรับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น

ข้อ 1 อาการหลงผิด แก้ไขเป็น มีความคิดหลงผิด

ข้อ 13 พฤติกรรมไม่เหมาะสม แก้ไขเป็น พฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือ

ประหลาด

ข้อ 15 การดูแลตัวเองแย่ง แก้ไขเป็น ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3. ใบงานที่ 2/5 แก้ไขเป็นการให้จับคู่คำตอบที่ถูกต้อง เพื่อให้ง่ายต่อการอ่านและทำความเข้าใจ

กิจกรรมที่ 4

ใบความรู้ที่ 4/2 เนื้อหาค่อนข้างเข้าใจยาก ผู้วิจัยได้ปรับแก้เนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม พบว่าสมาชิกสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่ผู้วิจัยต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพิ่มเติมและพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

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

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัยมีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ดังนี้

1) ภาวะเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12

2) ภาวะเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด

การประเมินภาวะจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด โดยกำหนดให้ค่านำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

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

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาวะแต่ละประเภทแยกจากกัน และภาวะโดยรวมให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ย

ของภาระในการดูแล สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรมสูตร (2542) และ Best (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

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยชำนาญ (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบการให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2547)

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

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของ แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมได้เท่ากับ .88 และสามารถแยกเป็นรายด้าน คือ ภาระเชิงปรณัย และภาระเชิงอัตรณัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .92 และ .83 ตามลำดับ ซึ่งในประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้แก้ไขเพียงเล็กน้อยนั้น ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของ



ผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ภาระเชิงอัตนัย ข้อ 6 “ท่านรู้สึกอายนางบ้านเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการวุ่นวาย” แก้ไขเป็น “ท่านรู้สึกอายนางบ้านเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการวุ่นวายหรือทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน”

ภาระเชิงปรนัย ข้อ 4 “ผู้ป่วยจิตเภทอาละวาดทำร้ายท่านหรือสมาชิกในครอบครัวจนได้รับบาดเจ็บ” แก้ไขเป็น “เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอาละวาด จะทำร้ายท่านหรือสมาชิกในครอบครัวจนได้รับบาดเจ็บ”

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษารวม 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93

### 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยศึกษาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้

1) ความหมายของโรคจิตเภท จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 1 ซึ่งเป็นข้อความทางบวก

2) อาการของโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 6 และ 7 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3

3) สาเหตุของโรคจิตเภท จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 8, 9, 11 และ 12 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10

4) การดำเนินโรค จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 14 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 13

5) การรักษาโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17 และ 19 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 18 และ 20

6) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 21, 22, 24, 27, 28, 29 และ 30 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 23, 25 และ 26

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ใช่	ได้ 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
ไม่ใช่	ได้ 0 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

การคิดคะแนนทำได้โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน

### เกณฑ์กำกับการทดลอง

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .93 ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ข้อ 22 “การที่ครอบครัวและตัวผู้ป่วยคอยสังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบของผู้ป่วย เช่น ซึมเศร้า เบื่อหน่าย แยกตัว สับสน ควบคุมตัวเองไม่ได้ จะช่วยป้องกันอาการกำเริบของโรคได้” แก้ไขเป็น “การที่ครอบครัวและตัวผู้ป่วยคอยสังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบของผู้ป่วย เช่น ซึมเศร้า เบื่อหน่าย แยกตัว สับสน จะช่วยป้องกันอาการกำเริบของโรคได้”

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .80

3.2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ซึ่งใช้แนวคิดของ House (1980) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ตลอดเวลา 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

การคิดคะแนนทำได้โดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ โดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ แล้วแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง วรรณสูตร, 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

คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการสนับสนุนทางสังคม ต้องมีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลางขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างดี ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .84 ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น และแก้ไขข้อคำถามบางข้อที่มีข้อความซ้ำซ้อนหรือมีนัยเดียวกันกับข้ออื่นก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ข้อ 2 “มีคนคอยรับฟังความทุกข์ใจของท่านเมื่อท่านไม่สบายใจ” แก้ไขเป็น “มีคนคอยรับฟังเมื่อท่านมีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ”

ข้อ 3 “ในการดูแลผู้ป่วยท่านรู้สึกว่าคุณได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง” แก้ไขเป็น “ท่านรู้สึกว่าคุณได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

ข้อ 4 “ท่านมีคนที่รักและเอาใจใส่ท่าน” แก้ไขเป็น “ท่านรับรู้ว่ามีคนที่รักและเอาใจใส่ท่าน”

ข้อ 5 “ไม่มีใครที่จะคอยรับฟังความทุกข์ใจของท่าน” แก้ไขเป็น “ท่านรู้สึกขาดกำลังใจจากคนรอบข้างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

ข้อ 10 “ท่านรู้สึกว่าคุณไม่เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น” แก้ไขเป็น “ท่านรู้สึกว่าท่านไม่เป็นที่ต้องการของผู้อื่น เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

ข้อ 11 “ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วย ทำให้ท่านได้รับการยอมรับในสังคมลดลง” แก้ไขเป็น “การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ท่านได้รับการยอมรับในสังคมลดลง”

ข้อ 12 “ท่านรู้สึกว่าคุณเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย” แก้ไขเป็น “ท่านรับรู้ว่าคุณเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

ข้อ 13 “การที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น” แก้ไขเป็น “ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากยิ่งขึ้นเมื่อได้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

ข้อ 17 “ท่านได้รับการเตือนให้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่อถึงเวลานัด” แก้ไขเป็น “ท่านได้รับการนัดหมายจากบุคลากรทางการแพทย์ให้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามกำหนด”

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษารวม 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .79

### การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

#### 1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ และฝึกทักษะในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยได้ลงทะเบียนเรียน ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาลจำนวน 3 หน่วยกิต และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต โดยผู้วิจัยได้ทำการฝึกทักษะในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการ



อ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 เตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.3 เตรียมติดต่อประสานงานกับสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัฒนาดุทอง และเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล แจ้งวัน เวลา ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการทดลอง

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยจะเดินทางไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาที่กำหนดด้วยตนเอง

1.4.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

1.4.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัฒนาดุทอง จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้าน สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยทุกครอบครัวมีสมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมครอบครัวละ 3 คน ทั้ง 15 ครอบครัว ดังต่อไปนี้

## กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และ โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้น

ในครอบครัว

4. เพื่อให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท
5. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

2. ปรับความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

### สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิก จะช่วยทำให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

- |                     |                                     |
|---------------------|-------------------------------------|
| 1. ใบงานที่ 1/1     | ลักษณะของครอบครัว                   |
| 2. ใบงานที่ 1/2     | ปัญหาที่พบในครอบครัว                |
| 3. ใบงานที่ 1/3     | ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท     |
| 4. ใบความรู้ที่ 1/1 | โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว |

5. ไบความรู้ที่ 1/2 ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
6. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกโดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่นแสดงความสนใจในสมาชิกครบถ้วนแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง
2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพโดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ
3. ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กิจกรรมโดยย่อในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม
4. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับ สภาพปัจจุบันของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันทำใบงานที่ 1/1 และ 1/2 ผู้วิจัยสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว
5. ให้ตัวแทนสมาชิกนำเสนอ สิ่งที่ยังค้างคาใจในใบงานที่ 1/1 และ 1/2
6. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้วิจัยบรรยายสรุปเรื่องโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามไบความรู้ที่ 1/1
8. ให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้บอกถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ทำใบงานที่ 1/3 และให้ตัวแทนนำเสนอตามประเด็นดังกล่าว
9. ผู้วิจัยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับสมาชิกเกี่ยวกับความรู้สึกทางลบ ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นความรู้สึกที่ถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ และพยายามพูดคุย กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท
10. ผู้วิจัยบรรยายสรุปในหัวข้อ ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ตามไบความรู้ที่ 1/2
11. ผู้วิจัยพูดคุยให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย
12. ผู้วิจัยอภิปรายร่วมกับสมาชิกเพื่อช่วยสมาชิกได้เข้าใจ ยอมรับ และสามารถใช้ศักยภาพ และทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิด ในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน
13. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม และให้สมาชิกทำใบงานที่ 1/3 อีกครั้ง

## 14. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

### การประเมินผล

สมาชิกในแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี มีเพียงบางครอบครัวที่ในช่วงแรกสมาชิกบางคนไม่ค่อยกล้าพูดหรือแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยจึงต้องคอยกระตุ้นให้ตอบ และจากการให้สมาชิกร่วมกันทำใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว พบว่า ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นแบบใกล้ชิด อุ่น มีความสุข มีเพียงบางครอบครัวที่เป็นแบบห่างเหิน ต่างคนต่างอยู่ ซึ่งจากการพูดคุยพบว่ามีสาเหตุมาจากการที่สมาชิกในครอบครัวทำงานในช่วงเวลาที่ต่างกัน

สำหรับปัญหาในครอบครัวที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางการเงิน เนื่องจากบางครอบครัวผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยรายได้จากสมาชิกอื่นในครอบครัว ทำให้มีรายได้น้อยเพียงพอกับรายจ่าย

และจากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน และนำเสนอเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้สึกทางด้านบวกกับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ รัก สงสาร เป็นห่วง ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ถึงเขาจะเป็นอย่างนี้ ฉันก็รักเขานะ คงไม่มีใครอยากให้เป็นแบบนี้หรอก ถึงอย่างไร ฉันก็ต้องดูแลเขาต่อไป”

“รู้สึกสงสารลูกไม่รู้เมื่อไหร่จะหายป่วยเสียที อยากให้เขาไปเรียน ไปทำงานได้ เหมือนกับคนอื่น ๆ เขา”

“ถึงอย่างไรเขาก็เป็นน้องผม ผมก็รักและเป็นห่วงเขาเหมือนกัน ผมไม่ทิ้งเขาหรอก แม่ไม่ต้องเป็นห่วง”

มีบางครอบครัวที่มีความรู้สึกเบื่อ เหนื่อยหน่าย และท้อแท้ในการดูแล เนื่องจากดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน และผู้ป่วยบางคนก็ไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือช่วยงานภายในครอบครัวได้เท่าที่ควรจึงทำให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“บางทีก็รู้สึกท้อนะ มันเหนื่อยนะ เราทำงานอยู่คนเดียว ค่าใช้จ่ายในบ้านก็เยอะ ถ้าเขาออกไปช่วยทำงานได้ก็คงจะดี”

“รู้สึกน้อยใจโชคชะตานะ ทำไมต้องมาเกิดกับครอบครัวของเราด้วย ไม่รู้ไปทำเวรทำกรรมอะไรไว้ ลูกถึงได้เป็นแบบนี้”

“เวลาเขาอะอะอาละวาด ก็กลัวว่าเขาจะทำร้ายเอา ถ้าเขาอยู่นอกบ้านก็กลัวว่าจะไปทำร้ายคนอื่น”

หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปความรู้สึกที่ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีต่อผู้ป่วยว่ามีทั้งอารมณ์ ความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วย และพยายามพูดคุย กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น

## กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ และการรักษาของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
3. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถ

1. บอกสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้
2. บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้



เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลตกลง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 อาการของโรคจิตเภท
2. ใบงานที่ 2/2 การสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบงานที่ 2/3 การรักษาโรคจิตเภท
4. ใบงานที่ 2/4 การสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
5. ใบงานที่ 2/5 การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
6. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
7. ใบความรู้ที่ 2/2 ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต
8. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
9. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยและสมาชิกพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/1, 2/2 และ 2/3 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
3. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
4. ผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ และการรักษาตามใบความรู้ที่ 2/1
5. สอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/4 และ 2/5 และให้ตัวแทนนำเสนอตามประเด็นดังกล่าว
6. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต ตามใบความรู้ที่ 2/2
8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
9. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง

10. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ ตามคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

11. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

### การประเมินผล

จากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน และนำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่า สมาชิกในแต่ละครอบครัวได้มีการพูดคุย และเล่าถึงอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยก่อนที่จะเจ็บป่วย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการนอนไม่หลับ เดินไปเดินมา หูแว่วได้ยินเสียงคนด่าว่า พูดคนเดียว เห็นภาพหลอน หลงผิด เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ที่แรกก็พูดพึมพำอะไรคนเดียวไม่รู้ ก็ยังไม่คิดว่าจะเป็นอะไร คิดว่าคงบ่นอะไรอยู่คนเดียว ไป ๆ มา ๆ อยู่ดี ๆ ก็หัวเราะขึ้นมาคนเดียว ยิ่งไปกว่านั้นนะ ยังบอกว่าตัวเองเป็นนางฟ้าอีก ก็เลยคิดว่าลูกคงต้องเป็นบ้าแน่ ๆ”

“ไม่ยอมหลับ ยอมนอน เดินไปเดินมาทั้งคืนเลย บางทีหายไจากบ้านเป็นวัน ๆ ไม่รู้ไปไหน จนมีคนรู้จักมาบอกว่าเห็นเดินอยู่ข้างถนน แล้วก็เดินพูดอะไรอยู่คนเดียวก็ไม่รู้”

“เขาบอกว่าได้ยินเสียงคนมาบอกว่าเขาเป็นพระพุทธเจ้ากลับชาติมาเกิด มีหน้าที่ต้องเผยแพร่ธรรมะ วันทั้งวันเลยอ่านแต่หนังสือธรรมะไม่ทำอะไรเลย ให้เงินไว้ใช้ทำอะไรก็เอาไปซื้อหนังสือธรรมะหมดเลย”

และจากการสอบถามสมาชิกถึงสาเหตุของการเกิดโรค พบว่ามีสมาชิกในบางครอบครัวเชื่อว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเกิดจากไสยศาสตร์ โคนของ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ผมคิดว่าเป็นหลังจากที่เขาไปบวชนะ ก็เขาไปบวชที่วัดต่างจังหวัด แล้วออกไปตุ๊กต๋ในป่าคนเดียว ไม่มีพระอาจารย์ไปด้วย เจ้าป่าเจ้าเขาเลยคิดว่ามันลองดี เลยโดนเข้าให้เลย”

“นั่นว่าสงสัยจะโดนของแน่ ๆ อยู่ดี ๆ ก็ร้องกรี๊ด ๆ ขึ้นมา บอกว่ามีคนจะมาฆ่า”

สำหรับประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษาโดยใช้ยาเกิน และอาการข้างเคียงจากยาที่พบมากที่สุด คือ ง่วงซึม ผู้ป่วยบางคนทานยาแล้วมีอาการง่วงซึมทั้งวัน บางครั้งทำให้ไม่สามารถทำงานได้ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาตามกำหนดเวลาที่แพทย์สั่ง ทำการปรับยาเอง บางคนนำยาไปทิ้งบ้าง เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ง่วงนอนทั้งวันเลยพี่ อยากนอนอยากเดียว ไม่มีแรงจะทำอะไรเลย บอกตรง ๆ เลยนะ บางวันผมก็ไม่กิน กินแล้วมันง่วงทำอะไรไม่ได้เลย”

“หนูว่าหนูกินยาแล้วตัวดีขึ้นนะ แม่ก็ยังบอกเลย หนูเลยต้องซื้อครีมมาไว้ทา เวลาออกไปซื้อของข้างนอกก็ต้องกางร่มด้วย”

“ผมเคยมีตัวแข็ง คอแข็งนะ ปวดเกร็งไปหมดเลย ตอนนั้นอยู่ที่โรงพยาบาล แต่ตอนนี้ไม่เป็นแล้ว”

ระหว่างการดำเนินกิจกรรม สมาชิกให้ความสนใจซักถามผู้วิจัยเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท และการใช้ยารักษาโรคจิต ดังตัวอย่างคำถาม ต่อไปนี้

“ผมว่าตอนนี้ผมไม่ได้เป็นอะไรแล้ว ผมจะหยุดกินยาได้หรือยังครับ”

“ลูกฉันไม่ค่อยยอมกินยา หมอให้ยามาก็เอาไปซุก ๆ ไว้ที่ไหนบ้างก็ไม่รู้ อย่างนี้จะขอหมอเปลี่ยนเป็นยาฉีดแทนได้ไหม”

“แล้วหนูจะต้องกินยาอีกนานไหมคะ ถึงจะหาย”

หลังจากที่ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท และการใช้ยารักษาโรคจิตมากขึ้น สามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

### กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้
2. บอกถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
3. บอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
4. บอกถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ระยะเวลา 90 นาที

## สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง

## สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วย
2. ใบงานที่ 3/2 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบความรู้ที่ 3/1 ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
4. ใบความรู้ที่ 3/2 อาการเตือนที่พบได้บ่อย
5. ใบความรู้ที่ 3/3 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ
6. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

## กิจกรรม

1. ผู้วิจัยเกริ่นนำถึงความสำคัญของการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกัน
2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 3/1
3. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 3/1
4. ผู้วิจัยบรรยายสรุปเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค ตามใบความรู้ที่ 3/2
5. ผู้วิจัยยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว โดยสมาชิกทำใบงานที่ 3/2 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
6. ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น ตามใบความรู้ที่ 3/3
8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม

9. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
10. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
11. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

### การประเมินผล

จากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน และนำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท สมาชิกในแต่ละครอบครัวได้มีการพูดคุย และเล่าถึงวิธีการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ต้องกินยาที่หมอสั่งให้ครบครับ อาการจะได้ไม่กำเริบ”

“ตอนนั้นเคยไปรับยาให้เขาที่โรงพยาบาล หมอบอกว่าต้องเข้าใจว่าเขาป่วย ไม่ใช่คนบ้า ต้องพูดกับเขาดี ๆ อย่าดุ อย่าเสียงดังใส่เขา แล้วก็ต้องคอยดูให้เขากินยาตามที่หมอสั่ง”

“ก็ต้องคอยดูว่าเขาทำอะไรผิดปกติ แปลก ๆ ไปหรือเปล่า ถ้ามีก็ต้องรีบพาไปหาหมอ เดี่ยวอาจจะวุ่นขึ้นมาจะยุ่ง”

สมาชิกได้นำเสนอเกี่ยวกับอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบของผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการนอนไม่หลับ เดินไปเดินมา หูแว่วได้ยินเสียงคนด่าว่า พูดคนเดียว เห็นภาพหลอน เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“พูดอยู่กับคนเดียว แล้วเขาก็บอกว่ามีคนมาเรียกให้ออกไปหานอกบ้าน ตอนนั้นเขาก็อยู่กับฉันแค่สองคน ฉันไม่เห็นจะได้ยินอะไรเลย”

“ซึม ๆ ไม่พูดไม่จากับใคร หลบไปนั่งอยู่คนเดียว ข้าวปลาไม่ยอมกิน”

“บางทีอยู่ดี ๆ ก็รู้สึกแปลก ๆ ยังไงก็ไม่รู้บอกไม่ถูก มันอึดอัดเหมือนเราอยู่ในห้องแคบ ๆ อย่างนี้ใช่อาการเตือนไหมครับ”

หลังจากที่ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และบรรยายสรุปเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค พบว่า สมาชิก มีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น สามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

ผู้วิจัยยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว พบว่า สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

นอนไม่เป็นเวลา

“ให้นอนกลางวันน้อย ๆ กลางคืนจะได้หลับได้ แล้วก็กินยาตามที่หมอสั่งให้ครบ”

“ก็ไม่เห็นเป็นอะไรนี่ อยากนอนตอนไหนก็นอน วัน ๆ ก็ไม่ได้ทำอะไรอยู่แล้ว”



หงุดหงิด ก้าวร้าว ส่งเสียงดัง

“ทำเฉย ๆ ไว้ ไม่ต้องไปสนใจ เดี่ยวก็เงียบไปเอง”

“พูดกับเขาดี ๆ ไม่เสียงดังใส่ แต่ถ้าอะอะ อาละวาดมาก ๆ ก็ต้องดุกันบ้าง ถ้าเอาไม่ไหวจริง ๆ ก็ต้องส่งโรงพยาบาล”

ไม่สนใจตัวเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยของตัวเอง

“ต้องคอยบอกคอยเตือนให้ทำ ถ้าคือไม่ยอมฟัง ก็ต้องขู่บ้างว่า ถ้าตัวเหม็นสกปรก จะไม่ให้ออกไปไหน”

“ก็ช่างมัน ปล่อยให้ เรื่องของตัวเองยังไม่สนใจ ฉะนั้นเองก็ต้องทำงาน ไม่ค่อยมีเวลา มาดูหรอก”

ไม่สนใจช่วยงานบ้าน

“ก็ต้องคอยบอกให้เขาช่วยทำบ้าง เขาพอจะช่วยทำอะไรได้ก็ให้เขาทำไป นิด ๆ หน่อย ๆ ก็ยังดี เขาจะได้ไม่เบื่อ”

“ไม่ต้องให้ทำหรอก ทำไปก็ไม่ได้เรื่อง เลอะเทอะ ไม่สะอาด ต้องมาตามเก็บที่หลัง อีก ผู้ทำเองดีกว่าเหนื่อยทีเดียว”

หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น พบว่า หลังจากดำเนินกิจกรรมนี้ทำให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถเลือกวิธีในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสม

#### กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

##### วัตถุประสงค์ ทั่วไป

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ ของความเครียดที่เกิดขึ้น
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
4. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ วิธีผ่อนคลายความเครียด และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

##### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุ และอาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้
2. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้

3. บอกถึงวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีต่าง ๆ ได้ และสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
2. ใบงานที่ 4/2 การจัดการกับความเครียด
3. ใบความรู้ที่ 4/1 ความเครียด: ความหมาย สาเหตุ อาการ
4. ใบความรู้ที่ 4/2 การจัดการกับความเครียด
5. ใบความรู้ที่ 4/3 การผ่อนคลายความเครียด
6. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ตามใบงานที่ 4/1 และนำผลการประเมินความเครียดมาอภิปรายร่วมกัน
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียด ในการดูแล และการเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 4/2 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
3. ผู้วิจัยสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่า
4. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ ตามใบความรู้ที่ 4/1 และวิธีการจัดการกับความเครียด ตามใบความรู้ที่ 4/2
5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเองให้กับสมาชิก ตามใบความรู้ที่ 4/3 และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม
6. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง

7. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้อย่างถี่ถ้วน ตามคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

8. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 5

### การประเมินผล

จากการที่ให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้ยังได้เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงความรู้สึกไม่สบายใจ เครียดที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลบางคนเป็นบิดามารดาที่มีอายุมากจะมีความเครียด และวิตกกังวลว่าหากต่อไปไม่มีพวกเขาแล้วผู้ป่วยจะอยู่อย่างไร ผู้ป่วยบางคนที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ครอบครัวจะต้องดูแลไปตลอดชีวิต ทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวจึงทำให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดขึ้นได้ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ก็เป็นห่วงเขาเนาะ ต่อไปฉันตายไปแล้วใครจะคอยดูแล ฟัน้องคนอื่นเขาก็มีครอบครัวของเขา ก็คงไม่มาสนใจหรอก คิดทีไรก็กลัวใจทุกที”

“เครียดเหมือนกันนะที่ลูกเป็นแบบนี้ เดี่ยวดีเดี๋ยวร้าย อาการจะกำเริบ จะอาละวาดเมื่อไหร่ก็ไม่รู้ แต่ก็ต้องทำใจ ไม่มีใครอยากให้เป็นอย่างนี้หรอก มันเป็นไปแล้วก็ต้องดูแลกันต่อไป”

“ผมก็เครียดนะที่ตัวเองไม่เป็นเหมือนกับคนอื่นเขา เวลาออกไปข้างนอกก็มีแต่คนมองแปลก ๆ เลยไม่ค่อยอยากจะออกไปไหน”

และได้ให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด และร่วมกันเสนอแนะแนวทางในการผ่อนคลายความเครียด ดังต่อไปนี้

“เวลาเครียด ๆ ก็จะออกไปคุยกับเพื่อนข้างบ้าน ได้ระบายออกไปเสียบ้างก็รู้สึกดีนะ พอหายเครียดแล้วค่อยเข้าบ้าน”

“เปิดทีวีดูไปเรื่อย ๆ เดี่ยวก็ลืม ๆ ไปเอง บางทีก็นอนหลับไปเลย”

“ถ้าเครียดมาก ๆ ก็จะชวนกันไปไหว้พระที่วัด บางทีก็ไปทำบุญต่างจังหวัด ก็ดีนะจิตใจจะได้สงบ เขา (ผู้ป่วย) จะได้ไปเปิดหูเปิดตาด้วย”

หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ และวิธีการจัดการกับความเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเองให้กับสมาชิก และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม พบว่าสมาชิกให้ความสนใจเป็นอย่างดีขณะที่ผู้วิจัยสาธิตเทคนิคการคลายเครียดด้วยตนเอง และสามารถสาธิตย้อนกลับได้อย่างถูกต้อง

หลังจากดำเนินกิจกรรมนี้ สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ และจะนำไปใช้เวลาที่เกิดความเครียด

## กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุน

ทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้
2. เลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง
3. บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5/1 สถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ”
2. ใบงานที่ 5/2 สถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางบวก”
3. ใบงานที่ 5/3 แหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัว
4. ใบความรู้ที่ 5/1 การสื่อสารในครอบครัว
5. ใบความรู้ที่ 5/2 ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย
6. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

## กิจกรรม

1. ผู้วิจัยและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง
2. ผู้วิจัยและสมาชิก แสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ” และ “การสื่อสารทางบวก” ในใบงานที่ 5/1 และ ใบงานที่ 5/2 และร่วมกันแสดงความคิดเห็นจากสถานการณ์ดังกล่าว
3. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การสื่อสารในครอบครัว ในหัวข้อความสำคัญของการสื่อสาร องค์ประกอบของการสื่อสาร การสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ ตามใบความรู้ที่ 5/1
4. ให้สมาชิกได้พูดคุยในประเด็นว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นสมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใครในชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 5/3
5. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ แหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน ตามใบความรู้ที่ 5/2 และให้ศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
7. ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญจากการเข้าร่วมกิจกรรม และนัดหมายการทำแบบสอบถามภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว 2 ปีถัดมา

## การประเมินผล

จากการที่ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และร่วมกันแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ” และ “การสื่อสารทางบวก” พบว่า สมาชิกในแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดี ซึ่งสมาชิกบอกว่าเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ และจะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“ตอนนั้นเคยทะเลาะเสียงดัง เวลาเขาอาละวาด แทนที่เขาจะเงียบ กลับบอกไม่ต้องมายุ่ง แถมกลัวอะไรได้ ก็จับขว้างทิ้งหมดเลย ต่อไปถ้าเป็นอย่างนี้อีกก็คงต้องฟังเขาก่อน แล้วก็พยายามพูดคุยกับเขาดี ๆ”

“บางทีเขาก็ไม่รู้ตัวหรอกนะว่าเวลาหงุดหงิด โมโห แล้วพูดหรือทำอะไรลงไปบ้าง เราก็ต้องเข้าใจเขาด้วย ค่อย ๆ พูด ค่อย ๆ จากัน”

นอกจากนี้ผู้วิจัยให้สมาชิกได้บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน ส่วนใหญ่พบว่าหากสมาชิกมีปัญหาด้านสุขภาพ เจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็จะไปใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน



รับยามารับประทาน โดยมี อสส. เป็นผู้ให้บริการ หรือไปรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ส่วนผู้ที่ปัญหาทางการเงิน ก็จะไปขอความช่วยเหลือยังสำนักงานเขตที่ตนอาศัยอยู่เพื่อทำบัตรสงเคราะห์ หรือบัตรประกันสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วย ที่พบได้บ่อยคือ เวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“เวลาไม่สบายนิด ๆ หน่อย ๆ ก็จะไปเอายาที่ศูนย์ข้างบ้านนี้แหละมากินไปก่อน ถ้าไม่สบายมาก ๆ ค่อยไปโรงพยาบาล บางทีก็มีหมอมจากศูนย์มาตรวจและแจกยา”

“ช่วงที่เขามีอาการกำเริบขึ้นมา แล้วอะอะอาละวาด ก็ต้องมาช่วยกันจับ บางทีก็เอาไม่อยู่เหมือนกัน ต้องขอแรงเพื่อนบ้านมาช่วยด้วย มีอยู่ครั้งหนึ่งเอาไม่ไหวจริง ๆ ยังเคยโทรแจ้งตำรวจมาช่วยกันจับเลย”

หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน

### 2.3 การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การที่ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 เนื่องจากข้อคำถามในแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยแสดงผลการกำกับการทดลอง ดังตารางที่ 1 และ 2

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (n = 15)

คนที่	คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ร้อยละ
1	28	93.33
2	27	90.00
3	29	96.66
4	29	96.66
5	28	93.33
6	29	96.66
7	28	93.33
8	30	100.00
9	28	93.33
10	27	90.00
11	30	100.00
12	30	100.00
13	30	100.00
14	28	93.33
15	30	100.00

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 27 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90 ซึ่งจัดว่าหลังใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (n = 15)

คนที่	คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ระดับ
1	3.42	ปานกลาง
2	3.00	ปานกลาง
3	3.79	สูง
4	3.68	สูง
5	3.42	ปานกลาง
6	3.63	สูง
7	3.32	ปานกลาง
8	3.68	สูง
9	3.32	ปานกลาง
10	3.53	สูง
11	3.21	ปานกลาง
12	3.68	สูง
13	3.42	ปานกลาง
14	3.53	สูง
15	3.37	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว อยู่ในระดับสูงจำนวน 7 คน และในระดับปานกลาง จำนวน 8 คน ซึ่งจัดว่าหลังใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ ตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป

### 3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 7 โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้
  - 1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 1.2 ภายหลังจากตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้าน สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์
  - 1.3 ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 1.4 เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยทำการประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ
  - 1.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ
2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้
  - 2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.2 ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่า จะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้ กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง ที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2.3 เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยทำการประเมิน ภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อม แสดงความขอบคุณ

2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไป วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยการขออนุญาตกลุ่ม ตัวอย่างก่อนการเข้าพบ เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการ ดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การ ตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย และ สมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอออกมาเป็น ภาพรวมในรูปผลของการวิจัยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากกรวิจัยก่อนที่การ วิจัยจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการ วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

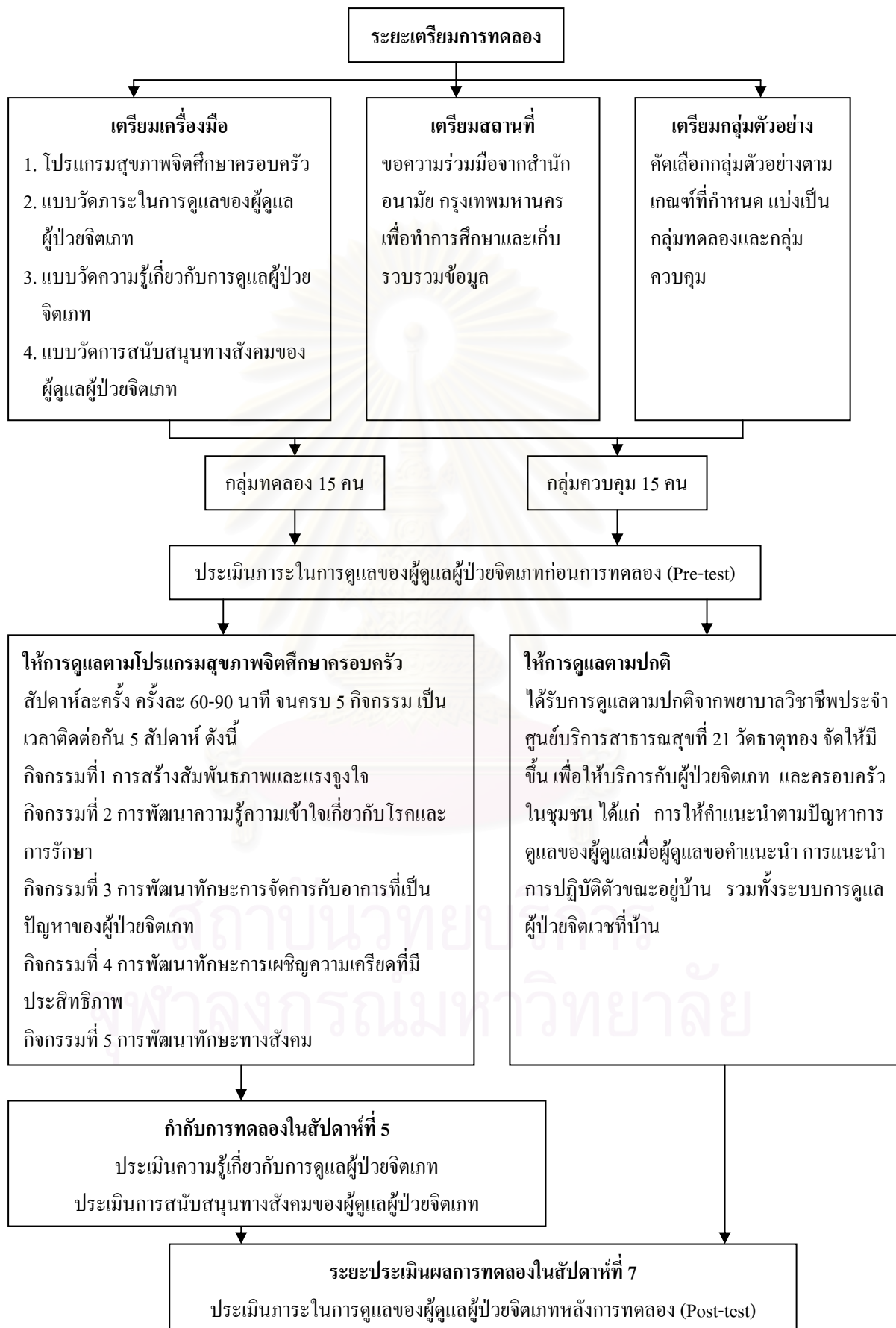
### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาก ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) หากค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) หากค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



## สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และเปรียบเทียบภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัตถุประสงค์ของ กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โดยวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (The Pretest-Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา (n = 30)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)		รวม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	3	20.00	2	13.33	5	16.67
หญิง	12	80.00	13	86.67	25	83.33
<b>อายุ</b>						
20-30 ปี	3	20.00	3	20.00	6	20.00
31-40 ปี	3	20.00	2	13.33	5	16.67
41-50 ปี	3	20.00	3	20.00	6	20.00
51-60 ปี	6	40.00	7	46.67	13	43.33
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	1	6.67	4	26.67	5	16.67
คู่	10	66.67	9	60.00	19	63.33
หม้าย	3	20.00	1	6.67	4	13.33
หย่า	-	-	1	6.67	1	3.33
แยกกันอยู่	1	6.67	-	-	1	3.33
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียน	-	-	2	13.33	2	6.67
ประถมศึกษา	8	53.33	7	46.67	15	50.00
มัธยมศึกษา	5	33.33	-	-	5	16.67
อนุปริญญา	2	13.33	5	33.33	7	23.33
ปริญญาตรี	-	-	1	6.67	1	3.33

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 และ 86.67 ตามลำดับ มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 46.67 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 60 ตามลำดับ และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.33 และ 46.67 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 30)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)		รวม (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>						
ว่างงาน	3	20.00	2	13.33	5	16.67
รับราชการ	-	-	1	6.67	1	3.33
เกษตรกรรม	-	-	-	-	-	-
รับจ้าง	7	46.67	8	53.33	15	50.00
ค้าขาย	5	33.33	4	26.67	9	30.00
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						
เพียงพอและเหลือเก็บ	4	26.67	4	26.67	8	26.67
เพียงพอกับรายจ่าย	6	40.00	6	40.00	12	40.00
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	5	33.33	5	33.33	10	33.33
ไม่มีรายได้	-	-	-	-	-	-
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท</b>						
บิดาหรือมารดา	6	40.00	6	40.00	12	40.00
สามีหรือภรรยา	5	33.33	2	13.33	7	23.33
พี่หรือน้อง	3	20.00	5	33.33	8	26.67
บุตร	1	6.67	2	13.33	3	10.00
<b>ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย</b>						
6 เดือน-1 ปี	1	6.67	1	6.67	2	6.67
2-5 ปี	6	40.00	6	40.00	12	40.00
6-10 ปี	4	26.67	4	26.67	8	26.67
มากกว่า 10 ปี	4	26.67	4	26.67	8	26.67

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 46.67 และ 53.33 ตามลำดับ มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม  
 ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน						ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย ภาระโดยรวมและรายด้าน		
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			อัตรันัย	ปรนัย	รวม
	อัตรันัย	ปรนัย	รวม	อัตรันัย	ปรนัย	รวม			
1	3.58	3.75	3.67	2.50	3.08	2.79	1.08	0.67	0.88
2	3.00	3.33	3.17	2.92	2.75	2.83	0.08	0.58	0.34
3	3.17	3.08	3.13	2.92	2.67	2.79	0.25	0.41	0.34
4	3.83	2.67	3.25	2.75	2.42	2.58	1.08	0.25	0.67
5	3.08	3.50	3.29	2.75	2.67	2.71	0.33	0.83	0.58
6	3.83	3.83	3.83	3.25	3.08	3.17	0.58	0.75	0.66
7	2.83	2.67	2.75	2.92	2.67	2.79	-0.09	0.00	-0.04
8	3.08	2.67	2.88	2.75	2.50	2.63	0.33	0.17	0.25
9	2.92	3.08	3.00	2.67	2.83	2.75	0.25	0.25	0.25
10	3.08	3.00	3.04	2.67	2.67	2.67	0.41	0.33	0.37
11	3.58	3.17	3.38	3.25	2.75	3.00	0.33	0.42	0.38
12	2.67	2.83	2.75	2.50	2.83	2.67	0.17	0.00	0.08
13	3.42	2.75	3.08	3.00	2.58	2.79	0.42	0.17	0.29
14	4.42	3.00	3.71	3.00	2.83	2.92	1.42	0.17	0.79
15	3.67	3.08	3.38	3.25	2.75	3.00	0.42	0.33	0.38
$\bar{X}$	3.34	3.09	3.22	2.87	2.74	2.81	0.47	0.36	0.41

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตรันัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 3.22, 3.34 และ 3.09 ตามลำดับ และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตรันัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 2.81, 2.87 และ 2.74 ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยผลต่างของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตรันัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 0.41, 0.47 และ 0.36 ตามลำดับ



ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน						ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย ภาระโดยรวมและรายด้าน		
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			อัตรันัย	ปรนัย	รวม
	อัตรันัย	ปรนัย	รวม	อัตรันัย	ปรนัย	รวม			
1	4.08	4.42	4.25	4.25	4.42	4.33	-0.17	0.00	-0.08
2	4.00	4.25	4.13	4.08	4.25	4.17	-0.08	0.00	-0.04
3	2.17	1.50	1.83	2.33	1.58	1.96	-0.16	-0.08	-0.13
4	2.83	3.67	3.25	3.08	3.67	3.38	-0.25	0.00	-0.13
5	3.67	3.17	3.42	3.67	3.25	3.46	0.00	-0.08	-0.04
6	3.25	3.25	3.25	3.42	3.33	3.38	-0.17	-0.08	-0.13
7	4.00	2.92	3.46	4.08	3.08	3.58	-0.08	-0.16	-0.12
8	3.50	4.17	3.83	3.50	4.17	3.83	0.00	0.00	0.00
9	2.42	2.33	2.38	2.83	2.42	2.63	-0.41	-0.09	-0.25
10	2.92	3.17	3.04	3.33	3.42	3.38	-0.41	-0.25	-0.34
11	3.17	2.58	2.88	3.33	2.67	3.00	-0.16	-0.09	-0.12
12	3.08	2.08	2.58	3.33	2.33	2.83	-0.25	-0.25	-0.25
13	3.50	2.58	3.04	3.50	2.58	3.04	0.00	0.00	0.00
14	3.33	2.75	3.04	3.50	2.75	3.13	-0.17	-0.00	-0.09
15	3.42	2.58	3.00	3.25	2.58	2.92	0.17	0.00	0.08
$\bar{X}$	3.29	3.03	3.16	3.43	3.10	3.27	-0.14	-0.07	-0.11

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตรันัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 3.16, 3.29 และ 3.03 ตามลำดับ และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตรันัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 3.27, 3.43 และ 3.10 ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยผลต่างของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตรันัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ -0.11, -0.14 และ -0.07 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน จำแนกระยะเวลา	คะแนนภาระในการดูแลผู้ป่วย		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.			
ภาระโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	3.22	0.33	14	6.27	.00
หลังการทดลอง	2.81	0.16			
ภาระเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	3.34	0.47	14	4.45	.00
หลังการทดลอง	2.87	0.25			
ภาระเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	3.09	0.37	14	5.36	.00
หลังการทดลอง	2.74	0.18			

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ( $\bar{X}$ =2.81, 2.87 และ 2.74 ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ( $\bar{X}$  = 3.22, 3.34 และ 3.09 ตามลำดับ)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามกลุ่ม	คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลผู้ป่วย							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	df	t	$\bar{X}$	S.D.	df	t
ภาระโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	3.22	0.33	28	-0.33	2.81	0.16	28	2.88*
กลุ่มควบคุม	3.16	0.63			3.27	0.59		
ภาระเชิงอัตนัย								
กลุ่มทดลอง	3.34	0.47	28	-0.29	2.87	0.25	28	3.96*
กลุ่มควบคุม	3.29	0.55			3.43	0.49		
ภาระเชิงปรนัย								
กลุ่มทดลอง	3.09	0.37	28	-0.28	2.74	0.18	28	1.71*
กลุ่มควบคุม	3.03	0.83			3.10	0.79		

(\*  $p < .01$ )

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ( $\bar{X}$  = 2.81, 2.87 และ 2.74 ตามลำดับ) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X}$  = 3.27, 3.43 และ 3.10 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม และรายด้านจำแนกตามกลุ่ม	ค่าเฉลี่ยผลต่าง	df	t	p-value
ภาวะโดยรวม				
กลุ่มทดลอง	0.41	28	-7.82	.00
กลุ่มควบคุม	-0.11			
ภาวะเชิงอัตนัย				
กลุ่มทดลอง	0.47	28	5.17	.00
กลุ่มควบคุม	-0.14			
ภาวะเชิงปรนัย				
กลุ่มทดลอง	0.36	28	6.67	.00
กลุ่มควบคุม	-0.07			

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัคก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร  
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง กรุงเทพมหานคร เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) (Cochran & Cox, 1992; Tabachnick & Fidell, 1996;



Machin et al., 1997) โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลอง จากการศึกษาของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) เรื่องผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง และกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 90 % ที่ระดับนัยสำคัญ .01 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 11 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา  
ครอบครัว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน  
ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว  
ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน ประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

## กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .88 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยศึกษาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกรับตอบ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การคิดคะแนนโดยให้คะแนนข้อที่คำตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .93 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .80

3.2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ซึ่งใช้แนวคิด

ของ House (1980) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .84 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างกับกลุ่มที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .79

## การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

### 1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ และฝึกทักษะในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา  
 1.2 เตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย  
 1.3 เตรียมติดต่อประสานงานกับสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยจะเดินทางไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาที่กำหนดด้วยตนเอง

### 2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวใน

ชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้าน สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์โดยทุกครอบครัวมีส่วนร่วมกิจกรรมครอบครัวละ 3 คน ทั้ง 15 ครอบครัว

### 2.3 การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### 3. ระยะเวลาประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในสัปดาห์ที่ 7 โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หากค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

2. ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีผลทำให้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยลดลง

## อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 และ 86.67 ตามลำดับ มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 46.67 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 60 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.33 และ 46.67 ตามลำดับ มีอาชีพ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 46.67 และ 53.33 ตามลำดับ มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นหญิงมีสถานภาพสมรสคู่ และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรัก ความผูกพันของมารดา



เป็นลักษณะโดยธรรมชาติของความเป็นแม่ สำหรับประวัติการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2-5 ปี ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งพบว่าญาติส่วนใหญ่จะมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย คือ ญาติจะสงสาร ขอมอบ ให้ความสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย ที่สำคัญผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา จะมีทัศนคติที่ดี อดทน และเข้าใจผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เรื้อรัง นานกว่า 2 ปี จะมีผลให้ญาติ หรือ บิดามารดา ได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแล ธรรมชาติของโรค มีทักษะในการเผชิญปัญหา และหาทางออกได้ดีขึ้นกว่าการดูแลในระยะเวลาที่สั้นกว่า ขณะเดียวกันก็เริ่มทำได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ให้ภัยต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติที่ยังคงมีอยู่ในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การดูแลระยะเวลานาน ช่วยให้เกิดการปรับตัว การนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ มารับยาต่อเนื่องให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การที่ญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ทำให้มีความเข้าใจ มั่นใจว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ (Yamashita, 1996) การมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย การได้ข้อมูลรวมทั้งแหล่งให้ความช่วยเหลือผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีทางออกในการแก้ไขปัญหาจากการดูแล เกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง

## ตอนที่ 2 ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อภิปรายได้ดังนี้

1.1 คะแนนภาระในการดูแลเชิงอัตนัย พบว่า หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจากภาระในการดูแลเชิงอัตนัย หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติ เกิดเนื่องมาจากความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Montgomery et al., 1985) ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถช่วยลดภาระด้านนี้ได้ เช่น ในกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติ

อย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย (Anderson et al., 1980) สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ รู้วิธีการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้พวกเขาสามารถให้ความร่วมมือในการรักษาได้เป็นอย่างดี และมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเชิงอัตนัยลดลง ในส่วนของกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง (Lazarus & Folkman, 1984 & Montgomery et al., 1985) นอกจากนี้ในกิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดความเครียดซึ่งเป็นภาระเชิงอัตนัยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lim & Ahn (2003) ซึ่งพบว่า การใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดภาระเชิงอัตนัยได้

1.2 คะแนนภาระในการดูแลเชิงปรนัย พบว่า หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจากภาระเชิงในการดูแลเชิงปรนัย หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ (Montgomery et al., 1985) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแต่ละครั้ง มีการกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม อย่างมีโครงสร้างที่จะส่งผลในการช่วยลดภาระด้านนี้ได้ โดยในกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ ซึ่งผู้วิจัยพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว การแสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ และยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยความคิดความรู้สึก และเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว นอกจากนี้การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวในการเข้าร่วมกิจกรรม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ซึ่งจะนำไปสู่

การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือ ประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแล ตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเชิงปรนัยลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) ในส่วนของ กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วย จิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่ เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้การรับรู้ภาระในการดูแลเชิงปรนัยลดลง (Lazarus & Folkman, 1984 & Montgomery et al., 1985) สำหรับในกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะ ทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการรับ ส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแล หรือการ ขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม (เพชร คันธสายบัว, 2544) นอกจากนี้การให้ ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัว ยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบ ข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่ อาศัยอยู่ มีทัศนคติต่อผู้ป่วยดีขึ้น รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็น ส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) นอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้น จะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมี ประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้ สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเชิงปรนัยลดลง (Thompson & Doll, 1993 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเจียว, 2543)

1.3 สำหรับผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า คะแนนภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติไม่ แตกต่างกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การ ให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ และแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ขณะอยู่บ้าน เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ฯลฯ ซึ่งเป็นการดูแลที่ยังไม่มีรูปแบบชัดเจน อาจทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ หรือไม่ครอบคลุม อีก ประการหนึ่งผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการสนับสนุนประคับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ อย่างใกล้ชิดเหมือนกับกลุ่มทดลอง จึงทำให้กลุ่มควบคุมมีโอกาสน้อยที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการสนับสนุนด้านจิตใจเหมือนเช่น กลุ่มทดลองได้รับ ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่ม ควบคุมไม่แตกต่างกัน ทั้งก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ

2. ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีภาระในการดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

การที่พบผลการศึกษาดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยอาศัยหลักการของการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมสัมพันธ์ภายในครอบครัว การรับฟังปัญหาของครอบครัว การช่วยเหลือในด้าน การวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับรูปแบบการรักษาสำหรับผู้ป่วย สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัว ลดความสับสนและความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือประคับประคอง ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์ การช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพอาการ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้ครอบครัวสามารถยอมรับในความทุกข์ทรมาน ลดความรู้สึกเป็นภาระและความคับข้องใจจากการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตได้ (Anderson et al., 1980) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Francell (1998) ซึ่งพบว่า แนวทางที่จะช่วยลดภาระครอบครัว คือ การให้ความรู้กับครอบครัว เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการจัดการกับภาวะวิกฤต และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทีมรักษา และการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

สำหรับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในงานวิจัยนี้ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาทักษะทางสังคม โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้านแล้ว ยังรวมไปถึงการให้การดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอีกด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมี



ความรู้ความเข้าใจ และมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท ได้ดีขึ้น เป็นการช่วยเหลือและการประคับประคองแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ลดการเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมกหมัวที่เกิดขึ้นในครอบครัว เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข (Kuiper, Leff & Lam, 1992) ส่งผลย้อนกลับให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระเชิงอัตนัยลดลง เนื่องจากภาระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติ เกิดเนื่องมาจากความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งอาการทางจิตรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ (Loukissa, 1995; Jones, 1996; Ip & Mackenzie, 1998) นอกจากนี้การให้ความรู้ดังกล่าวนี้จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง เป็นผลให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pakenham & Daddo (1987 อ้างถึงใน ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) พบว่า ครอบครัวที่ได้รับข้อมูลและการสอนวิธีการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องโรคจิตเภท จะทำให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ กังวลใจ การรับรู้ถึงภาระและประสบการณ์ความขัดแย้งของครอบครัวน้อยลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Pai & Kapur (1981) ซึ่งพบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยต่ำลง และครอบครัวจะมีการปรับตัวและทำหน้าที่ในสังคมได้ดีขึ้น

ดังนั้นสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีผลต่อการลดภาระได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เป็นเพราะการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสร้างความร่วมมือของครอบครัวในการวางแผนการรักษา การค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท สามารถพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข ช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว รวมทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง นับว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ รวมทั้งเป็นรูปแบบการให้บริการตามแนวทางการปฏิบัติระบบสุขภาพ ที่เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ หรือการแก้ไขปัญหา โดยการส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต



## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

#### 1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลักที่สำคัญ คือ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาทักษะทางสังคม ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลหรือในชุมชน สำหรับเป็นแนวทางในการให้ความรู้เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.2 การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้ พยาบาลสามารถปรับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวในแต่ละกลุ่ม นอกจากนี้ยังสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยอื่น ๆ ต่อไป

1.3 ผู้ที่จะนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้ ต้องเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งมีความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ควรมีการทำความเข้าใจกับเนื้อหา และขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมนี้อีกก่อนนำไปใช้ รวมทั้งควรมีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถใช้โปรแกรมนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 ในการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้ กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่บ้าน พยาบาลจำเป็นต้องดำรงความสัมพันธ์ที่ดีไว้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ความสัมพันธ์ที่ดีเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ซึ่งจะนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงควรเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เป็นผู้มีความไว้วางใจในการสังเกตความเป็นไปในครอบครัว และสามารถแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นได้

1.5 การดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พยาบาลจะต้องปรับเปลี่ยนเวลาให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เช่น การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในวันหยุด หรือในช่วง

เย็นของวันธรรมดา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวบางราย อาจต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

## 2. ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาให้ครอบคลุมบทบาทของปัญหา และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้นักศึกษาได้ตระหนักรู้ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการวางแผนการพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลเป็นระยะ ๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลที่ไม่สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดการคงอยู่ของความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และการรับรู้ภาวะหรือปัญหาของผู้ป่วยน้อยลง โดยการติดตามไปประเมินผลที่บ้านในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วย และผู้ดูแลแต่ละราย
2. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชนเช่นเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่น ว่ามีภาวะในการดูแลแตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการเกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละโรค

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กัลยาณี โนนินทร์. (2542). การดำเนินสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2545). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต 2545. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กิตติวรรณ เทียมแก้ว. (2544). เอกสารประกอบวิชาการสอนการประเมินปัญหาเพื่อการบำบัดทางการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- ไกรวรรณ เจริญกุล. (2539). การจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 4(3): 167-178.
- คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2543). คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน. สุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์สุวรรณอักษร.
- จอม สุวรรณโน. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 7(3): 147-154.
- จุไรรัตน์ มิตรทองแท้. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการการแนะนำ: กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 14(2): 30-39.
- ดรุณี กชพรหม. (2543). ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2540). ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย: บทควมวิชาการ. วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 22(2): 110-116.
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทีปประพิน สุขเจียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพรัตน์ ไชยชานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นมิตา ล. สกุล. (2544). ภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิสากร แก้วพิลา. (2545). ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12(3): 141-149.
- ประคอง วรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ค่านสุทธาการพิมพ์.
- ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. (2534). การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.

- พรชัย จุลเมตต์. (2540). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภูมมาภิชาติ แสงเขียว. (2542). การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์. (2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 9(3): 113-127.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2546). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2538). ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต: วิเคราะห์รายงานการวิจัย. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยมหิดล 1: 19-26.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. ราชบัณฑิตยสถาน สาร 1: 84-94.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535). ความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยมหิดล 4: 9-19.
- วรกษ นิธิกุล. (2535). การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สกาวรัตน์ ภูผา. (2543). ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



- สมคิด ตีรารักษ์. (2545). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 13(4): 76-85.
- สุภาภรณ์ ทองคารา. (2545). ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุวิมล สมัตตะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- อร่ามศรี เกสจินดา. (2537). ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

### ภาษาอังกฤษ

- Abramowitz, I.A. & Coursey, R. D. (1989). Impact of an educational support group on family Participants who take care of their schizophrenic relatives. **Journal of Consulting and clinical Psychology** 57(2): 232-236.

- Adamac, C. (1996). **How to live with mentally ill person**. New York: John Wiley & Sons.
- Anderson, C.M., Hogarty, G.E. & Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducation approach. **Schizophrenic Bulletin** 6(3): 490-505.
- Anderson, C.M., Hogarty, G.E. & Reiss, D.J. (1986). **Schizophrenic and the family: A Practitioner's guide to psychoeducation and management**. New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4<sup>th</sup> ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Baker, A.F. (1989). Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit How Families Cope. **Journal of Psychosocial Nursing** 27: 31-35.
- Best, J.W. (1970). **Research in Education**. New Jersey: Prentice-Hall.
- Brandt, P.A. & Weinert, C. (1985). PRQ: A social support measure. **Nursing Research** 30: 277-280.
- Brown, G., Birley, J. & Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. **British Journal of Psychiatry** 121: 241-258.
- Bull, M.J. (1990). Factors influencing family caregiving burden and health. **Western Journal of Nursing Research** 12(6): 758-776.
- Carey, P.J. et al. (1991). Appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. **Oncology Nursing Forum** 18: 1341-1348.
- Cochran, W.G & Cox, G.M. (1992). **Experimental Designs**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: John Wiley & Sons.
- Cook, J.A., Lefley, H.P., Pickett, S.A. & Cohler, B.J. (1994). Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness. **American Journal Orthopsychiatric** 64: 435-477.
- Cook, J.A., Heller, T. & Pickett, S.A. (1999). The effect of support group participation on caregiver burden among parents of adult offspring with severe mental illness. **Family Relation** 48(4): 405-410.
- Crotty, P. & Kuly, R. (1986). Are Schizophrenics a burden to their families? Significant others views. **Health Social Worker** 11: 173-188.
- Dixon, L. et al. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. **Psychiatric Services** 52: 903-910.

- Dyck, D.G., Short, R. & Vitaliano, P.P. (1999). Predictors of burden an infectious illness in schizophrenia caregivers. **Psychosomatic Medicine** 61: 411-419.
- Eakes, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. **Archives of Psychiatric Nursing** 9(2): 77-84.
- Elloit, D.P. (1998). Caregiver issues in patients with dementia. **Journal of the American Society of Consultant Pharmacists** 13(Supplement 11A): 11A1-11A8.
- Fadden, G., Bebbington, P. & Kuipers, L. (1987). The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's families. **British Journal of Psychiatry** 158: 285-292.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L. & McGill, C.W. (1984). **Family care of schizophrenia**. New York: Guilford Press.
- Falloon, I.R.H. et al. (1985). **Family management of schizophrenia: A study of clinical, social, family and economic benefits**. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Fowler, L. (1992). Family psychoeducation: Chronic psychiatrically ill Caribbean patient. **Journal of Psychosocial Nursing** 30(3): 27-32.
- Francell, G.C. (1998). Family perceptions of burden of care for chronic mentally ill relative. **Hospital and Community Psychiatric** 39(12): 1296-1300.
- George, L.K. & Gwyther, L.P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. **The Gerontologist** 26: 253-259.
- Hammond, V.T. & Deans, G. (1995). A phenomenological study of families and psychoeducation support group. **Journal of Psychosocial Nursing** 33(10): 7-12.
- Hater, L. (1988). Multi-family meeting on the psychiatric unit. **Journal of Psychosocial Nursing** 26: 18-22.
- Hatfield, A.B. (1979). The family as partner in the treatment of mental illness. **Hospital and Community Psychiatric** 30: 338-340.
- Herz , M.I., Glazer, W.M., Mostert, M. & Hafex. (1989). Treating prodromal episodes to prevent relapse in schizophrenia. **British Journal of Psychiatry** 155(Supplement 15): 123-127.
- Hobbs, T.R. (1997). Depression in the caregiver mothers of adult schizophrenics: A test of a resource deteriora model. **Community Mental Health Journal** 33: 387-398.
- Horowitz, A.V. & Reinhard, S.D. (1995). Ethnic difference in caregiving duties and burdens among parents and sibling of persons with severe mental illness. **Journal of Health and Social Behavior** 36(6): 138-150.

- House, J.S. et al. (1980). Social support occupational stress and health. **Journal of Health and Social Behavior** 21: 202-218.
- Ip, G.S.H. & Mackenzie, A.E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The Experiences of Family Cares in Hong Kong. **Archives Psychiatric Nursing** 12(5): 288-294.
- Jones, S.L. (1996). The association between objective and subjective caregiver burden. **Archives Psychiatric Nursing** 10(2): 77-84.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1998). **Synopsis of psychiatry**. 9<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kasuya, T.R. (2000). Caregiver burden and burnout: A guide for primary care physicians. **Postgraduate Medicine** 108(7): 23-26.
- Kuiper, L., Leff, J. & Lam, D. (1992). **Family Work for Schizophrenia: A Practice Guide**. London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). **Stress, Appraisal and Coping**. New York: Springer.
- Lefley, H.P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. **Hospital & Community Psychiatry** 38(10): 1063-1070.
- Lim, Y.M. & Ahn, Y.H. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. **Applied Nursing Research** 16(2): 110-117.
- Loukissa, D.A. (1995). Family burden in chronic mental illness of mental health professionals. **Journal of Nervous and Mental Disease** 175: 613-619.
- Machin, D. Campbell, M., Fayers, P. & Pinol, A. (1997). **Sample Size Tables for clinical Study**. 2<sup>nd</sup> ed. Malden: Blackwell Science.
- Magliano, L. et al. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** 33: 405-412.
- Mann, P.S. (2001). **Introductory statistics**. 4<sup>th</sup> ed. New York: John Wiley and Sons.
- Marsh, D. & Johnson, D. (1997). The family experience of mental illness: Implication for intervention. **Professional Psychology: Research and Practice** 28(7): 229-237.
- McFarlane, W.R., Dixon, L. & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation an schizophrenia: A review of the literature. **Journal of Marital and Family Therapy** 29: 223-245.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G. & Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. **Family Relations** 34(4): 19-26.

- Montgomery, R.J.V., Stull, D.E. & Borgatta, E.F. (1985). Measurement and analysis of burden. **Research on Aging** 7(3): 137-152.
- Oberst, M.T., Thomas, S.E., Gass, K.A. & Ward, S.E. (1989). Caregiving demand and appraisal of stress among family caregivers. **Cancer Nursing** 12(2): 209-215.
- Oberst, M.T. (1991). **Caregiving burden scale**. Unpublished manuscript, University of Wisconsin Madison.
- Orem, D.E. (1985). **Nursing: Concepts of Practice**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGraw-Hill.
- Pai, S., & Kapur, R.L. (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. **British Journal of Psychiatry** 138: 332-335.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of Psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. **Psychosocial Medicine** 15: 383-393.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999). **Nursing research: Principles and methods**. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Provencher, H.L. (1996). Objective burden among primary caregivers of person with chronic schizophrenia. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 3: 181-187.
- Reinares, M. et al. (2004). Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. **Psychotherapy Psychosomatics** 73(5): 312-319.
- Robinson, K. (1990). The relationships between social skills social support self-esteem and burden in adult caregivers. **Journal of Advanced Nursing** 15: 788-795.
- Salleh, M.R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay families. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 89: 229-305.
- Shelves, L.P. (1986). **Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Song, Li-Yu, Biegel, D.E. & Milligan, S.E. (1997). Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of person with chronic mental illness. **Community Mental Health Journal** 33: 266-269.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (1996). **Using Multivariate Statistics**. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Harper Collins.
- Taylor, C.M. (1994). **Essential of Psychiatric Nursing**. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Thomson, E.H. & Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis. **Family Relation** 31: 379-388.



- Thompson, E.H. et al. (1993). Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. **Journal of Gerontology** 48: 245-254.
- Vitaliano, P.P. et al. (1991). The screen for caregiver burden. **Gerontological** 31(1): 76-83.
- Williams, C.A. (1989). Patient education for people with schizophrenia. **Perspectives 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.
- Yamashita, M. (1996). Study of how families care for mental ill relatives in Japan. **ICN. International Nursing Review** 43(4): 121-125.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. รศ. ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ รองศาสตราจารย์ ระดับ 9  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. ผศ. ดร.ภัทราภรณ์ ท่งปิ่นคำ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. อาจารย์ท่านตะวัน เข้มบุญเรือง อาจารย์ระดับ 7  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
4. นางสุชาดา หุณทसार พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
5. นางเพชรี คันธสายบัว พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 (พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง)  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข  
การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

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

1. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม

$$CVI = \frac{22}{24} = 0.88$$

2. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงอัตนัย

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

3. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงปรนัย

$$CVI = \frac{10}{12} = 0.83$$

4. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

$$CVI = \frac{28}{30} = 0.93$$

5. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

$$CVI = \frac{16}{19} = 0.84$$



ภาคผนวก ค  
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

### 1. สถิติที่ใช้ในการคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ

1.1 การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน ของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right]$$

$\alpha$  = ค่าความสอดคล้องภายใน  
 $n$  = จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด  
 $\sum S_i^2$  = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ  
 $S^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

1.2 การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right]$$

$r_{tt}$  = ค่าความสอดคล้องภายใน  
 $n$  = จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม  
 $p$  = อัตราส่วนของผู้ตอบถูกในข้อนั้น  
 $q$  = อัตราส่วนของผู้ตอบผิดในข้อนั้น  
 $S^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

## 2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ค่าร้อยละ (Percentage) มีสูตรดังนี้ (ประกอบ กรรณสูตร, 2542)

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ความถี่} \times 100}{\text{จำนวนรวมทั้งหมด}}$$

2.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้ (ประกอบ กรรณสูตร, 2542)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

$$\bar{X} = \text{ค่าเฉลี่ย}$$

$$\sum X = \text{ผลรวมของคะแนนทั้งหมด}$$

$$N = \text{จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง}$$

2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรดังนี้ (ประกอบ กรรณสูตร, 2542)

$$\text{S.D.} = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

$$\text{S.D.} = \text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน}$$

$$\sum X = \text{ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง}$$

$$\sum X^2 = \text{ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลังสอง}$$

$$n = \text{จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง}$$

2.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

$$t = \frac{\bar{D} - \mu_D}{S_D}$$

$$df = n - 1$$

$\bar{D}$  = ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

$\mu_D$  = ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างประชากร 2 กลุ่ม

$S_D$  = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

$n$  = จำนวนคู่ของกลุ่มตัวอย่าง

$df$  = จำนวนค่าที่มีอิสระ

2.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{S_p^2 [1/n_1 + 1/n_2]}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

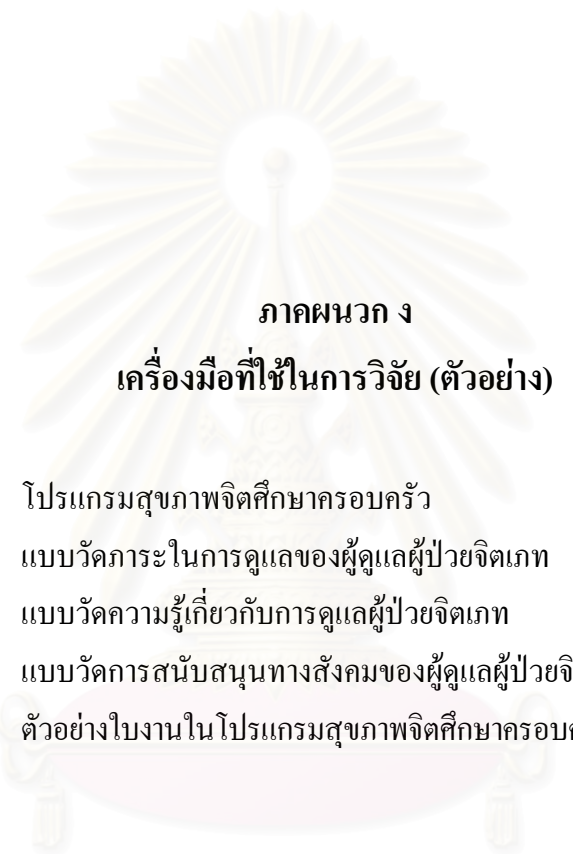
$\bar{X}_1, \bar{X}_2$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

$n_1, n_2$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

$S_p^2$  = ค่าความแปรปรวนร่วม (Pooled Variance)

$df$  = จำนวนค่าที่มีอิสระ





ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

1. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. ตัวอย่างใบงานในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

### กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และ โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
4. เพื่อให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท
5. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

- หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ
1. บอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้
  2. ปรับความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้โดยเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท

#### สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น ความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1                      ลักษณะของครอบครัว
2. ใบงานที่ 1/2                      ปัญหาที่พบในครอบครัว

- |                     |   |
|---------------------|---|
| 3. ใบงานที่ 1/3     | ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท                 |
| 4. ใบความรู้ที่ 1/1 | โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว             |
| 5. ใบความรู้ที่ 1/2 | ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วย |

จิตเภท

6. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมโปรแกรม</p> <p>3. ....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>การสร้างสัมพันธภาพ โดยการสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้วิจัยพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>1. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกโดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและประวัติโดยย่อสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่นแสดงความเป็นใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง</p> <p>2. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพโดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ</p> <p>3. ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กิจกรรมโดยย่อในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>4. ....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		<p>1. สมาชิก เกิดความไว้วางใจ โดยเปิดเผยตนเอง และเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว</p> <p>2.สมาชิกเข้าใจรูปแบบการดำเนินกิจกรรม</p> <p>3. ....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

## แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

### กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
3. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

- หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถ
1. บอกสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้
  2. บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้

#### สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น ความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1                      ลักษณะของครอบครัว
2. ใบงานที่ 1/2                      ปัญหาที่พบในครอบครัว



3. ใบงานที่ 1/3            ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
4. ใบความรู้ที่ 1/1        โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
5. ใบความรู้ที่ 1/2        ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วย

จิตเภท

6. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิก เข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต</p> <p>3. ....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท</b></p> <p>1.1 โรคจิตเภทคืออะไร</p> <p>1.2 โรคจิตเภทเกิดขึ้นได้อย่างไร</p> <p>1.3 .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>1. ผู้วิจัยและสมาชิกพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ</p> <p>2. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/1, 2/2 และ 2/3 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว</p> <p>3. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า</p> <p>4. ....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>- ใบงานที่ 2/1</p> <p>- ใบงานที่ 2/2</p> <p>- ใบงานที่ 2/3</p>	<p>1. สมาชิกสามารถบอกสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้</p> <p>2. สมาชิกสามารถบอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้</p> <p>3. ....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

## แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

### กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้
2. บอกถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
3. บอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
4. บอกถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้

#### สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

- |                     |  |
|---------------------|--|
| 1. ใบงานที่ 3/1     | การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วย                |
| 2. ใบงานที่ 3/2     | พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท          |
| 3. ใบความรู้ที่ 3/1 | ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท |
| 4. ใบความรู้ที่ 3/2 | อาการเตือนที่พบได้บ่อย                       |

5. ใบความรู้ที่ 3/3 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ
6. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม</p>	<p><b>1. ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท</b></p> <p>1.1 โรคจิตเภทมีอาการกำเริบได้หรือไม่</p> <p>1.2 เราจะป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้อย่างไร</p> <p>1.3 ควรจะอย่างไรเมื่อสังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบ</p>	<p>1. ผู้วิจัยเกริ่นนำถึงความสำคัญของการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกัน</p> <p>2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 3/1</p>	<p>- ใบความรู้ที่ 3/1</p>	<p>1. สมาชิกสามารถบอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้</p>
<p>2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้</p>	<p>2. ....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>3. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วย ก่อนมีอาการกำเริบของโรค โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 3/1</p>	<p>- ใบงานที่ 3/1</p>	<p>2. สมาชิกสามารถบอกอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้</p>
<p>3. ....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>4. ....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>3. ....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



## แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

### กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ของความเครียดที่เกิดขึ้น
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
4. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้
2. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้
3. บอกถึงวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีต่าง ๆ และสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง

#### สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

- |                     |   |
|---------------------|---|
| 1. ใบงานที่ 4/1     | แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง |
| 2. ใบงานที่ 4/2     | การจัดการกับความเครียด                    |
| 3. ใบความรู้ที่ 4/1 | ความเครียด: ความหมาย สาเหตุ อาการ         |
| 4. ใบความรู้ที่ 4/2 | การจัดการกับความเครียด                    |
| 5. ใบความรู้ที่ 4/3 | การผ่อนคลายความเครียด                     |

6. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
8. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ และการฝึกปฏิบัติของสมาชิก



สถาบันวิทย์บริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
1. เพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของสมาชิก		1. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ตามใบงานที่ 4/1 และนำผลการประเมินความเครียดมาอภิปรายร่วมกัน 2. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแล และการเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 4/2 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว 3. ผู้วิจัยสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่า 4. ....	- ใบงานที่ 4/1  - ใบงานที่ 4/2	1. สมาชิกมีผลการประเมินระดับความเครียดของตนเอง
2. เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุอาการ ของความเครียดที่เกิดขึ้น	<b>1. ความเครียด</b> 1.1 ความเครียดคืออะไร 1.2 ความเครียดเกิดจากอะไร 1.3 ..... .....	..... .....		2. สมาชิกสามารถบอกถึงสาเหตุ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้
3. .... ..... .....	..... .....	..... .....		3. .... ..... .....

## แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

### กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้
2. เลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง
3. บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้

#### สาระสำคัญ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมนรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

- |                     |   |
|---------------------|---|
| 1. ใบงานที่ 4/1     | แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง |
| 2. ใบงานที่ 4/2     | การจัดการกับความเครียด                    |
| 3. ใบความรู้ที่ 4/1 | ความเครียด: ความหมาย สาเหตุ อาการ         |
| 4. ใบความรู้ที่ 4/2 | การจัดการกับความเครียด                    |
| 5. ใบความรู้ที่ 4/3 | การผ่อนคลายความเครียด                     |

6. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ และการฝึกปฏิบัติของสมาชิก



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ  2. .... ..... .....	<b>1. การสื่อสารในครอบครัว</b> 1.1 ความสำคัญของการสื่อสาร 1.2 องค์ประกอบของการสื่อสาร 1.3 การสื่อสารทางลบ 1.4 การสื่อสารทางบวก 1.5 สถานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสาร  2. .... ..... .....	1. ผู้วิจัยและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสื่อสารที่เหมาะสมและการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง  2. ผู้วิจัยและสมาชิก แสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ” และ “การสื่อสารทางบวก” ในใบงานที่ 5/1 และ ใบงานที่ 5/2 และร่วมกันแสดงความคิดเห็น จากสถานการณ์ดังกล่าว  3. .... ..... .....	- ใบงานที่ 5/1 - ใบงานที่ 5/2	1. สมาชิกสามารถบอกได้ถึง การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ  2. สมาชิกสามารถเลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม  3. .... ..... .....

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย 

## แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**คำชี้แจง** เครื่องมือชุดนี้เป็นแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย  ในช่องข้อความ หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
  - โสด  หย่า
  - คู่  แยกกันอยู่
  - หม้าย
4. ระดับการศึกษา
  - ไม่ได้เรียน  อนุปริญญา
  - ประถมศึกษา  ปริญญาตรี
  - มัธยมศึกษา  อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
  - ว่างาน  รับจ้าง
  - รับราชการ  ค้าขาย
  - เกษตรกรรม  อื่น ๆ ระบุ.....
6. ความเพียงพอของรายได้
  - เพียงพอและเหลือเก็บ
  - เพียงพอกับรายจ่าย
  - ไม่เพียงพอกับรายจ่าย
  - ไม่มีรายได้
  - อื่น ๆ ระบุ.....

## 7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> บิดา  | <input type="checkbox"/> มารดา |
| <input type="checkbox"/> พี่   | <input type="checkbox"/> น้อง  |
| <input type="checkbox"/> สามีน | <input type="checkbox"/> ภรรยา |
| <input type="checkbox"/> บุตร  |                                |

## 8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....ปี.....เดือน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

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

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ภาระเชิงอัตนัย</b>					
1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
4. ท่านรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่น ๆ ที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
5. ท่านรู้สึกซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
6. ....					
.....					
.....					
.....					
.....					
12. ท่านกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน					

**คำชี้แจง** โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน
มาก	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกอาทิตย์
ปานกลาง	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง
น้อย	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านนาน ๆ ครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านน้อยมากหรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ภาระเชิงปรนัย</b>					
1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่าน					
2. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
3. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น					
4. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอาละวาด จะทำร้ายท่านหรือสมาชิกในครอบครัวจนได้รับบาดเจ็บ					
5. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลานอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ					
6. ....					
.....					
.....					
.....					
.....					
12. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ					



แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับ  
โรคจิตเภท

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภท คือ โรคจิตชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่นและมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติจากคนทั่วไป		
2. ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความคิดไม่ปะติดปะต่อ ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพูดผิดปกติได้		
3. ผู้ป่วยจิตเภททุกคนจะคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายคนอื่น		
4. ผู้ป่วยจิตเภทอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือทำทางแปลก ๆ เช่น ก้มกราบคนทั่วไป ปัสสาวะกลางที่สาธารณะ ร้องตะโกน โดยไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น เป็นต้น		
5. ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็นและไม่ได้มีอยู่จริง หรือหูแว่ว ได้ยินเสียงแปลก ๆ เป็นต้น		
6. ....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
27. การลดความตึงเครียด ความขัดแย้งในครอบครัว หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์โกรธ รวมทั้งการให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจแก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและป้องกัน ไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้		
28. อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดต้นคอบ่อย ๆ หงุดหงิด หรือนอนไม่หลับ ที่เกิดขึ้นของท่าน อาจมีสาเหตุมาจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท		
29. การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่งผลให้บุคคลมีจิตใจสงบ ลดการคิดฟุ้งซ่าน ความวิตกกังวลลดลง และสบายใจมากขึ้น		
30. การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท ควรใช้คำพูดสั้น ๆ ได้ใจความ เข้าใจง่าย		

### แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

**คำชี้แจง** แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับชนิดและความรู้สึของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทางวัตถุ การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า และการสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร มีจำนวนข้อคำถาม 19 ข้อ

ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่เกิดขึ้นกับท่านเลย
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านนาน ๆ ครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง
ตลอดเวลา	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านตลอดเวลา

โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกผิด

ข้อความ	ไม่เป็นจริงเลย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอดเวลา
<b>การสนับสนุนทางอารมณ์</b>					
1. มีผู้แสดงความเอาใจใส่ ห่วงใย เมื่อทราบว่าสมาชิกในครอบครัวของท่านป่วยเป็นโรคจิตเภท					
2. มีคนคอยรับฟังเมื่อท่านมีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ					
3. ....					
.....					
<b>การสนับสนุนทางวัตถุ</b>					
6. ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
7. ท่านมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือโดยไม่หวังผลตอบแทน					

ข้อความ	ไม่เป็น จริงเลย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย ครั้ง	ตลอด เวลา
8. ....					
.....					
<b>การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า</b>					
10. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่เป็นที่ต้องการของผู้อื่น เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
11. การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ท่านได้รับการ ยอมรับในสังคมลดลง					
12. ....					
.....					
<b>การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร</b>					
15. ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ โรคที่ผู้ป่วย เป็น					
16. เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแล ผู้ป่วย ท่านมีคนให้คำแนะนำและช่วย แก้ไขปัญหาได้					
17. ....					
.....					
19. ท่านไม่ได้รับทราบรายละเอียดในการ ติดต่อในเรื่องต่าง ๆ เมื่อพาผู้ป่วยมาพบ แพทย์					

ใบงานที่ 1/3  
ความรู้สึกรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ท่านเคยมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยอะไรบ้าง (ให้วงกลม หรือขีดเส้นใต้ความรู้สึกนั้น)  
ท่านสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

เลข ๆ (ทำใจได้)	พอใจ	สบายใจ	ประทับใจ	ภาคภูมิใจ
รัก	เห็นใจ	สงสาร	เป็นห่วง	มีความหวัง
กังวล	หนักใจ	เครียด	กั้มข้องใจ	อกสั่นขวัญแขวน
เบื่อ	เหนื่อยหน่าย	เอือมระอา	หึดแท้	สิ้นหวัง
หงุดหงิด	ผิดหวัง	รำคาญ	โกรธ	แค้นใจ
น้อยใจ	เสียใจ	รู้สึกผิด	สมน้ำหน้า	อับอาย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ใบงานที่ 2/1  
อาการของโรคจิตเภท

- คำชี้แจง
1. ให้สมาชิกพูดคุยในประเด็นที่กำหนดให้
  2. ให้ตัวแทนนำเสนอผลการพูดคุย
  3. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า

ประเด็น

1. อาการนำ ที่ทำให้เริ่มสงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ หัวเราะคนเดียว เดินเรื่อยไปโดยไม่อยู่นิ่ง จนางที่ ล่าสัตว์
2. อาการที่เป็นชัดเจน จนทำให้รู้ว่าป่วยเป็นโรคจิต พูดคนเดียว ไปส่งของแจกแก่คนแปลกหน้า บอกว่าตัวเองเป็นนางฟ้า ล่าสัตว์เลี้ยงสัตว์
3. มีอาการมานานเท่าไรจึงพามาับการรักษา พงเน้นอยู่ปกติ ก็พาไปโรงพยาบาลทันที
4. เพราะอะไรจึงพามาับการรักษาที่โรงพยาบาล คิดว่าผิดปกติ ออกให้หาบ กัด ล่าสัตว์ แจกไปให้คนอื่น

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ใบงานที่ 2/3  
การรักษาโรคจิตเภท

- คำชี้แจง
1. ให้สมาชิกพูดคุยในประเด็นที่กำหนดให้
  2. ให้ตัวแทนนำเสนอผลการพูดคุย
  3. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า

ประเด็น

1. ที่ผ่านมาผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างไร..... ได้ยา กิน ยาฉีด แต่ชอบหนีมียา กิน  
..... อย่างเดียว ชอบอยู่โรงพยาบาล เกือบทุกสัปดาห์พูดคุยกัน
2. ผลการรักษาเป็นอย่างไร..... ก็กินยาตลอด อาการจะดีขึ้น พอรู้เรื่อง  
..... ฉีดยา ก็กินยา อาการจะกำเริบ
3. ผลข้างเคียงจากการรับประทานยา..... ว่าง ไม่อยากกินข้าว ตัวแห้ง
4. ผู้ป่วยเคยรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่  เคย  ไม่เคย
5. (ถ้าเคยอยู่โรงพยาบาล) อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลมาทั้งหมด..... 1..... ครั้ง
6. ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าหรือไม่  เคย  ไม่เคย  
(ถ้าตอบว่า "เคย" ให้ตอบข้อ 6.1 และ 6.2)
- 6.1 รู้สึกอย่างไรถ้าแพทย์บอกสมาชิกว่าผู้ป่วยต้องรักษาด้วยไฟฟ้า..... เจ็บใจ  
..... คิดว่า มีอาการ จาก เลข ที่ ๐๖ ๙ รั้วไฟฟ้า
- 6.2 เพราะอะไรจึงรู้สึกเช่นนั้น..... อยากรู้ให้หาย

## ใบงานที่ 3/2

## พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท

- คำชี้แจง
1. ให้สมาชิกพูดคุยในประเด็นที่กำหนดให้
  2. ให้ตัวแทนนำเสนอผลการพูดคุย
  3. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า

- ประเด็น
1. พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
  2. วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาดังกล่าว

พฤติกรรมที่เป็นปัญหา	วิธีการจัดการ
1. นอนไม่เป็นเวลา	พักผ่อนกลางวันน้อย ทำงานตามทันพอสื่อที่ถนัด หาโน้ตเป็นอนตามเวลา
2. หงุดหงิด ก้าวร้าว ส่งเสียงดัง	พูดด้วยถ้อยคำที่ละเอียดอ่อน ทำเป็นมากก็ต่อองดู ก้าวร้าวไม่ไหว ต้องสื่อใจ พยายาม
3. ไม่สนใจตัวเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยของตัวเอง	ต้องดองบอดองใส่ใส่ให้ทำ ทำทำไม่ได้ ก็ต้องช่วยทำ
4. ไม่สนใจช่วยงานบ้าน	ไม่ต้องให้ทำ ทำไปก็ไม่ได้





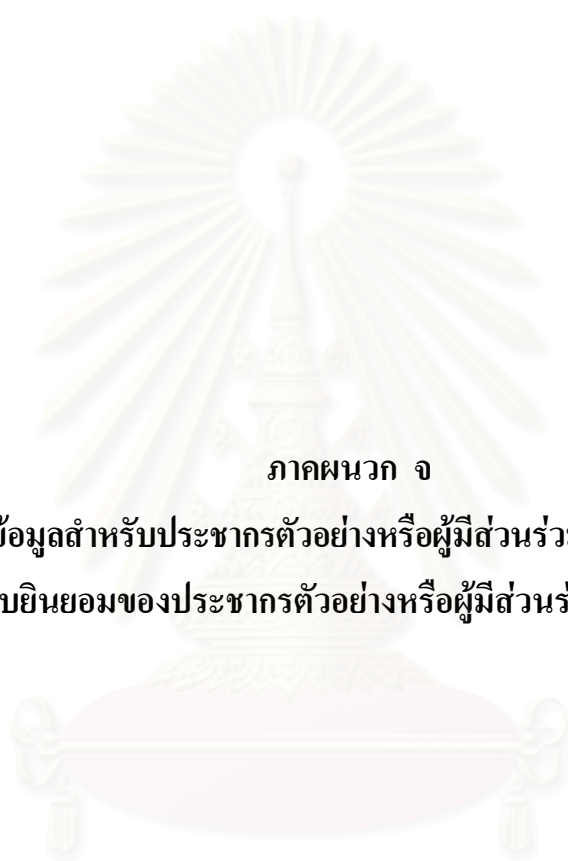
ใบงานที่ 5/3  
ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย

- คำชี้แจง
1. ให้สมาชิกพูดคุยในประเด็นที่กำหนดให้
  2. ให้ตัวแทนนำเสนอผลการพูดคุย
  3. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า

ประเด็น แหล่งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

..... ศูนย์สุขภาพชุมชน ไปเอาเวลาไม่สะดวก ของที่ก็มีพอกจาก  
 ..... ศูนย์สุขภาพจิต และ เครือข่าย สภานิติบัญญัติฯ ต่อเข้าไปโรงพยาบาล  
 ..... ไปดำเนินการ 30 นาที ที่เขต เอาไปใช้เวลาไม่สะดวก  
 ..... เคยโทรไปแจ้งตำรวจให้ มาช่วย ตอนที่ อาละวาดมาก ๆ  
 ..... ให้ ช่วยพาไปส่งโรงพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวจิราพร รักการ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
สถานที่ปฏิบัติงาน	โรงพยาบาลหนองจอก สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร	
โทรศัพท์ที่ทำงาน	0-2543-1920	โทรศัพท์ที่บ้าน 0-2815-2715
โทรศัพท์เคลื่อนที่	0-1825-3099	E-mail: pook_pm@hotmail.com

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. มีวัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วงเวลาที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง โดยทำการปรึกษาหารือร่วมกับพยาบาลวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่ประจำคลินิกจิตเวช หากพบว่ามีคุณสมบัติตามที่กำหนดจะสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะจัดผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลตามปกติที่ได้จัดไว้ในชุมชนที่ผู้ดูแลอาศัยอยู่จากบุคลากรทีมสุขภาพ รวมถึงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน คือ ให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ และแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน สำหรับระยะเวลาที่คาดว่าผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ครั้งละไม่เกิน 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกเมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และครั้งที่ 2 ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว 2 สัปดาห์ โดยนับจากภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในสัปดาห์ที่ 5

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้าน สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ติดต่อกัน ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาทักษะทางสังคม และตอบแบบสอบถามครั้งละไม่เกิน 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกเมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และครั้งที่ 2 ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว 2 สัปดาห์ โดยนับจากภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในสัปดาห์ที่ 5

4. ในการวิจัยครั้งนี้อาจมีความไม่สะดวกเกิดขึ้นในการเข้าร่วมโครงการ คือ 1) ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และครอบครัว ต้องใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ติดต่อกัน 2) อาจเกิดความเครียดระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยจะทำการพูดคุย สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และครอบครัว ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อประเมินความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมต่อไป รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เป็นรายบุคคลหรือรายครอบครัวตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

5. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสิทธิปฏิเสธเข้าร่วม หรือสามารถถอนตัวจากโครงการทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับแต่ประการใด

6. ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมวิจัย

7. ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทจะถูกออกเป็นรหัสและผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

8. จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 30 คน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ฉ  
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





# บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 งานบริการการศึกษา  
 เลขที่หนังสือ 159 1214  
 ว.ค.ป. 118 S.A. 2549  
 วันที่ 9.30.49

ส่วนราชการ โครงการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ วิทยาลัยการสาธารณสุข โทร.88196  
 ที่ กก.พิจารณาจริยธรรม/ 621 /2549 วันที่ 12 ธันวาคม 2549  
 เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่ท่านได้เสนอโครงการวิจัย เรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON BURDEN AMONG FAMILY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY) ของนางสาวจิราพร รักราก นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาแล้วในคราวประชุมครั้งที่ 7/2549 เมื่อวันที่จันทร์ที่ 28 สิงหาคม 2549 มีมติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

นันทิ วัฒนวงษ์ศิริ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิ ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย  
 กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรียน คณบดีผ่านห้องจดหมายที่ฝ่ายวิชาการ

เพื่อโปรด

ทราบ 11ค.น. เพ็ญสุดา 11แจ้งอาจารย์ที่ปรึกษา (๑.๑๖. เพ็ญสุดา ๑๖.๑๖)

ดำเนินการ 11ค.น. 11ค.น. ทราบ ต่อไป.

พิจารณา

อนุมัติ

ลงชื่อ.....

118 S.A. 2549

29

18ค.๑๗

18ค.๕๑

19ค.๒๑





คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย  
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- โครงการวิจัย : ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการ  
ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน  
THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION PROGRAM  
ON BURDEN AMONG FAMILY CAREGIVERS OF  
SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY
- ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจิราพร รักการ
- หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย  
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้  
21/3/04

.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทศนประดิษฐ์)

.....เลขานุการ  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล)



ภาคผนวก ช  
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนการในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		Total Score of Pre-test	Total Score of Post-test
N		15	15
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	3.2194	2.8056
	Std. Deviation	.33164	.15879
Most Extreme	Absolute	.120	.202
Differences	Positive	.120	.202
	Negative	-.111	-.090
Kolmogorov-Smirnov Z		.463	.780
Asymp. Sig. (2-tailed)		.983	.576

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนการในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนการะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		Total Score of Pre-test	Total Score of Post-test
N		15	15
Normal Parameter <sup>a,b</sup>	Mean	3.1583	3.2667
	Std. Deviation	.63253	.59861
Most Extreme	Absolute	.135	.108
Differences	Positive	.118	.108
	Negative	-.135	-.105
Kolmogorov-Smirnov Z		.521	.417
Asymp. Sig. (2-tailed)		.949	.995

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนการะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 การกำหนดขนาดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 90 % ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

### Two-Sample T-Test Power Analysis

Allocation									
Power	N1	N2	Ratio	Alpha	Beta	Mean1	Mean2	S1	S2
0.90607	11	11	1.000	0.01000	0.09393	68.4	46.7	15.7	9.8
0.91305	8	8	1.000	0.05000	0.08695	68.4	46.7	15.7	9.8

จากตารางที่ 12 พบว่า เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 90 % ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 11 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจิราพร รักการ เกิดเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2521 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ เมื่อปีการศึกษา 2543 จากนั้นเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2547

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 4 ประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองจอก สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย