

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นปัญหาการเจ็บป่วยสำคัญที่มีอัตราส่วนสูงสุดในบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด (Buchanan & Carpenter, 2005) และปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคน/ปี (Sadock & Sadock, 2005) สำหรับประเทศไทย ก็เช่นกัน พบว่ามี ผู้ป่วยจิตเภท มากเป็นอันดับที่ 1 โดยคิดเป็นร้อยละ 27.07 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 255 2) โรคจิตเภทถือเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรังซึ่งยากต่อการดูแลรักษา เนื่องจากเป็น โรคที่เกิดจากความแปรปรวนของการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติทางด้านต่างๆ คือ ความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร รวมทั้งการแสดงออกทาง อารมณ์และพฤติกรรม จึงเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาและรบกวนการทำหน้าที่ทางความคิดและสังคม ของผู้ป่วยอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงจะสามารถดำรงชีวิต ใกล้เคียงปกติได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2547) นอกจากนี้ยังเป็นการเจ็บป่วยอย่างเรื้อรังระยะยาว ดังนั้น หาก ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จะส่งผลให้ เกิดการ ไร้สมรรถภาพในการทำหน้าที่ โดยเฉพาะ ไม่สามารถดูแลตนเองและ ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ (สินชัย วสุนธรา, 2547; ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549)

การที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องรับประทานยาทางจิตอย่างต่อเนื่องยาวนาน มักก่อให้เกิดปัญหาตามมา คือพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดความเบื่อหน่ายและไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอถูกต้องตามเกณฑ์ จนส่งผลให้มีอาการกำเริบรุนแรงเป็นระยะๆ โดยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการกำเริบรุนแรง เป็นเหตุให้มี อัตราการป่วยซ้ำ และต้องกลับเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สูงถึงร้อยละ 70 (สมชาย จักรพันธ์, 2543) ซึ่งการป่วยซ้ำในแต่ละครั้งยังทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ และการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลง จนเกิดเป็นภาระของครอบครัวและของประเทศชาติซึ่งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ที่เกิดขึ้นตามมา (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการบริการของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 17 แห่ง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 43 วัน/ ราย/ปี คิดเป็นต้นทุนรวมเฉลี่ยรายละ 28,230 บาท/ปี (อนเนก สุภีรพันธ์ และคณะ, 2550) จึงเห็นได้ว่า โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิต ที่ก่อปัญหาและส่งผลกระทบต่อกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และ สังคม

ปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบาย ให้ผู้ป่วย จิตเวช ได้รับ การรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วย ระยะเวลาสั้นลง โดยมุ่งที่การรักษาในระยะเฉียบพลันเพื่อบรรเทาอาการทางจิตที่รุนแรงหรือกำเริบ

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR) เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

เท่านั้น ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ภายหลังจากอาการรุนแรงต่างๆ สงบลง (กรมสุขภาพจิต, 2550) ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชน ในขณะที่อาจมีอาการเจ็บป่วยบางอย่างหลงเหลืออยู่ และยังไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพให้กลับมาดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติดั้งเดิม โดย ยังมีความบกพร่องใน การทำหน้าที่ ด้านต่างๆ เช่น ความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันทั่วไป ได้แก่ มีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ดี ไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่สนใจที่จะ รับประทานอาหาร ไม่ยอมทำอะไร โดยพบว่าหลังการป่วยด้วยโรคจิตเภทผู้ป่วยบางรายกลับไปช่วยทำงานได้บ้าง บางรายไม่ยอมทำงาน ส่วนผู้ป่วยที่เรียนหนังสือก็จะพบว่าไม่ยอมกลับไปเรียนหนังสือต่อตามเดิม (สถิตย์ วงศ์สุรประภิต, 2541) ด้วยเหตุนี้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องเข้ามาทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ที่บ้านเพิ่มเติมจากบทบาทอื่นๆ ที่มีอยู่ ส่งผลให้ สมาชิกครอบครัวซึ่ง ทำหน้าที่ให้การ ดูแลหลักแก่ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้ภาระในการดูแลตามมา (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544; จิราพร รักการ, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เพราะผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในการดูแลผู้ป่วย ให้ทำกิจกรรมต่างๆ อย่างใกล้ชิด เป็นเหตุ ให้ผู้ดูแลในครอบครัว รับรู้ว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาหรือเป็นภาระแก่ตน (Bull, 1990; Montgomery, 1985; Platt, 1985; Adamac, 1996) สอดคล้องกับผลการวิจัยในประเทศต่างๆ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว (family caregiver) มีการรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระดับสูง เช่น ผล การศึกษาของ Thornicroft et al. (2004 cited in Kuipers, 2006) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอเมริกามีค่าเฉลี่ยภาระการดูแล อยู่ในระดับสูงมากร้อยละ 90.2 และจากผลการศึกษาของ Yasuf, Nuhu and Akinbiyi (2009) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไนจีเรีย ร้อยละ 47.3 มีการรับรู้ภาระการดูแลในระดับสูง

Montgomery (1985) กล่าวว่า ภาระในการดูแล (Caregiver burden) หมายถึง การที่ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย ( Subjective burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อประสบการณ์การดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะ เครียด เบื่อหน่าย หรือ เหนื่อยหน่าย (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) และภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย เช่น การมีเวลาส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่ การงานที่ เปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจรายได้ของผู้ดูแลและครอบครัว และหากผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือและแก้ไข เพื่อลดการรับรู้เกี่ยวกับ ภาระการดูแลก็

จะส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและวิตกกังวลจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง ซึ่งมักเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้า และการที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง และเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (จิราพร รักการ, 2549; Loukissa, 1995, Lim & Ahn, 2003) อีกทั้งทำให้ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเท่าที่ควร จนอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบซ้ำ ตามมาได้ (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980)

การที่จะช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้นั้น จำเป็นต้องค้นหาสาเหตุของการเกิดภาระ ในประชากรกลุ่มนี้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ภาระในการดูแล มาจากการที่ครอบครัวขาดการสนับสนุนทางสังคม ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Dyck, Short & Vitaliano (1999) พบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะมีการรับรู้ภาระ การดูแลในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chien, Chan & Morrissey (2007) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีที่สุด และผลการศึกษาในประเทศไทยของ ทิปประพิน สุขเขียว (2543) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะรับรู้ภาระการดูแลในระดับต่ำ ด้วยเหตุนี้ การพยายามเพื่อช่วยลดหรือป้องกันการเกิดการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงควรมุ่งเน้นที่การจัดกระทำเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ตามแนวคิดของ House (1981) หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆ จนทำให้เกิดความรักความผูกพันการดูแลเอาใจใส่และไว้วางใจซึ่งกันและกัน จำแนกออกเป็นการสนับสนุน 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถาม รับฟังความรู้สึก 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เช่น การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม หรือ นำข้อมูลที่มีอยู่ มาใช้ประเมินตนเอง เช่น ประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ และฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ชี้แจง แนวทาง ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่สามารนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร

(Informational Support) หมายถึง การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน แรงงาน เวลา ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ

แม้จะพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาระในการดูแลน้อยลง ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า สมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะ สมาชิกที่ทำหน้าที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังขาดการสนับสนุนทางสังคมทั้งสิ้นด้าน ตามแนวคิดของ House (1981) เช่น การศึกษาในต่างประเทศ ของ Magliano et al. (2006) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ รวมถึงการช่วยเหลือจากสังคมเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะฉุกเฉิน ต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และผลการศึกษาของ Magliano et al. (2005) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยัง ได้รับการสนับสนุน ข้อมูลความรู้ และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพน้อย นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Crotty and Kuly (1986) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขาดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว ส่วน Magliano et al. (1998) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับการ ศึกษาในประเทศไทยก็พบผลการศึกษาที่สอดคล้องกับในต่างประเทศ เช่น นิสากร แก้วพิลา (2545) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ยังขาดการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และ พรชัย พงศ์สงวนศิลป์ (2544) ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องยาวนาน ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง จนเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว นอกจากนี้ผลการศึกษาของดร.ณิ คชพรหม (2543) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังขาดการสนับสนุนด้านการประเมินค่า และประการสุดท้ายพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ยังขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น การศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ กฤตยา แสวงเจริญ (2535) ซึ่งพบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนเพื่อแก้ไขปัญหาทางด้านเศรษฐกิจนี้ นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังขาดการช่วยเหลือจากองค์กรเครือข่ายในชุมชน เนื่องจากยังมีเครือข่ายทางสังคมจำนวนน้อย อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน (อสม.) ก็ไม่มีเวลามาติดตามให้การดูแลช่วยเหลือเพราะส่วนใหญ่ต้องทำงานที่ตนรับผิดชอบหลายเรื่อง

ข้อมูลดังที่กล่าวแล้วข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) ของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยยังขาดการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญให้ผู้ดูแลเหล่านี้เกิดปัญหาการรับรู้ภาระในการดูแล ทั้งภาระเชิงปรณัย และ ภาระเชิงอัตนัย แต่จาก การทบทวนวรรณกรรม ในประเทศไทย พบว่า แม้จะมีการจัดกระทำเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทในหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้กลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต และการให้สุขภาพจิตศึกษา แต่โปรแกรมต่างๆ ดังกล่าว มุ่งเน้นไปที่การจัดกระทำต่อปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล เช่น ความรู้ การสนับสนุน ประคับประคองจิตใจ การแสดงออกทางอารมณ์ และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ยังไม่พบว่ามีการจัดกระทำโดยตรงเพื่อเพิ่ม การสนับสนุนทางสังคม ให้ครบทุกด้านแก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งผลให้ผู้ดูแลเหล่านี้มีการรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจที่จะแก้ไขปัญหาภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเหล่านี้ โดยใช้ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ด้วยการประยุกต์ จากกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาของ Chou et al. (2002) ซึ่งถูกออกแบบให้เนื้อหา กิจกรรมที่ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ครอบคลุม 4 ด้าน ตามแนวคิดของ House (1981) ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) นอกจากนี้ในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้งนั้น ผู้วิจัยใช้กระบวนการดำเนินการ กลุ่ม 3 ระยะของ Marram (1978) ประกอบด้วย 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุด ในการดำเนินกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจนส่งผลให้การรับรู้ภาวะเชิงประนีและเชิงอัตนัยลดลงได้ (Chien & Norman, 2009)

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐาน

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ของประเทศไทย ตลอดมา (กรมสุขภาพจิต , 2550) อีกทั้งเป็นโรคที่ก่อปัญหาและส่งผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลเฉพาะช่วงที่มีอาการกำเริบรุนแรง เท่านั้น แต่ต้องดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ในชุมชน โดยมี สมาชิกใน ครอบครัว รับบทบาท หลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (WuCC, 1993; Chou et al.,1992 cited in Hou et al., 2008) ส่งผลให้สมาชิกใน

ครอบครัว โดยเฉพาะผู้ทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการรับรู้ภาระ ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) และ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) (นพรัตน์ ไชยชำนาญ, 2544; จิราพร รักการ, 2549; Montgomery, 1985; Adamac, 1996) ทั้งนี้การรับรู้ภาระในการดูแล อาจสะท้อนได้จากสภาพปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การเงินและเศรษฐกิจ ( Gutiérrez-Maldonado et al., 2005; Perlick et al., 2006; Ganguly, 2010) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย หหมดแรง เกิดความรู้สึกขัดแย้ง และ มีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้า หรือ วิตกกังวล (Reinhard, 1994; Provencher, 1996; Gutiérrez-Maldonado et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษา ในประเทศไทยของ เอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 53 ได้รับผลกระทบด้านลบทางด้านปัญหาสุขภาพ จากการดูแลผู้ป่วย รองลงมาคือผลกระทบด้านจิตใจ เช่น ร้องไห้บ่อย รู้สึกอับอาย ท้อแท้ นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ พัชรี คำธิตา (2546) พบว่าผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ได้รับผลกระทบต่างๆ จากการทำหน้าที่ผู้ดูแล เช่น การดำเนินชีวิตส่วนตัว การทำงาน การเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการและสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง และพักผ่อนจนสุขภาพเสื่อมโทรม มีสัมพันธภาพทางสังคมลดลง และ เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา

เนื่องจากสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้ภาระในการดูแล คือ การขาดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ด้านต่างๆ ตามแนวคิดของ House (1981) ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า และ ด้านทรัพยากร เป็นต้น (Dyck, Short & Vitaliano, 1999; Wai-Tong Chan et al., 2007; Chien, Chan & Morrissey, 2007) ประกอบกับข้อมูลหลักฐานที่กล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าแม้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยจะมีปัญหาการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วย แต่ผู้ดูแลเหล่านี้ยังไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ เท่าที่ควร ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระการดูแลที่ต่ำลง จึงจำเป็นต้องจัดกระทำเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ อย่างครบถ้วนและเพียงพอ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับแนวคิดที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น จนนำไปสู่การรับรู้ภาระในการดูแลลดลงพบว่า กิจกรรมกลุ่มสนับสนุน (support groups) ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาของ Chou et al. (2002) มีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาระในการดูแลที่ต่ำลง โดยกิจกรรมนี้ ถูกออกแบบให้มีเนื้อหาที่ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ครบทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของ House (1981) ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดจากการศึกษาดังกล่าวมา ใช้ในการแก้ไขปัญหาการรับรู้ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของประเทศไทย โดยในการ วิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มขึ้น ด้วยการประยุกต์ จากกิจกรรมกลุ่มสนับสนุน ตามการศึกษาของ Chou et al. (2002) ผสมผสานกับกระบวนการดำเนินการกลุ่ม 3 ระยะของ Marram (1978) คือ 1) ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุดกิจกรรม ในโปรแกรม ที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมการดำเนินการเพื่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิด ของ House (1981) จำแนกออกเป็น 6 กิจกรรมประกอบด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพและส่งเสริมทัศนคติ ที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด การเผชิญความเครียดอย่างมี ประสิทธิภาพและการแก้ไขปัญหาการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน การเข้าถึง แหล่งทรัพยากรในชุมชน และการอภิปรายกลุ่มและยุดิกลุ่ม โดยคาดว่าแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อ การลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธ์ภาพและส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแลเป็นกิจกรรมที่มุ่งให้ เกิดการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Emotional Support) ตามแนวคิดของ House (1981) โดยผู้วิจัย ให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่าง ผู้วิจัยกับสมาชิกในกลุ่มและเพื่อ สัมพันธ์ภาพ อันดีระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง ทำให้ผู้ดูแล เกิด ความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือ และมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมอีกทั้งได้ระบายความรู้สึก จากการทำบทบาทผู้ดูแล หลังจากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลและให้ข้อมูลถึงพฤติกรรม ความผิดปกติต่างๆ ของผู้ป่วยนั้นมาจากพยาธิสภาพของ โรคจิตเภท บางครั้งที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรม แปลกประหลาด ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทและให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำ บทบาทหน้าที่ในการดูแลซึ่งการที่ได้รับการยกย่อง เห็นคุณค่า ไว้วางใจ ความหวังใจ ความรู้สึกเห็น ออกเห็นใจ และ การรับฟังจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มด้วยกันถือเป็น ปฏิสัมพันธ์ ที่ช่วยให้ผู้ดูแล ได้รับการ ปรึกษาประคองด้านจิตใจ ส่งผลให้การรับรู้ ลดภาระเชิงอัตนัยลดลงได้ (Elliot, 1998; Grandón, 2008) จากการที่ได้รับการยกย่องจากสมาชิกกลุ่มทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า เป็นการช่วยเหลือ ประคับประคองจิตใจผู้ดูแลได้ตรวจสอบความคาดหวังของตนเองต่อผู้ป่วยถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการ ดูแล (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแล ตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านอัตนัยและปรนัยลดลง (นพรัตน์ ไชยชา 2544)

2) การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด เป็นแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ด้าน อารมณ์ (Emotional Support) ของ House (1981) ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่ม ทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลและการเจ็บป่วย วิธีการจัดการกับ ความเครียด และผลลัพธ์ที่ได้จากการนำวิธีนั้นไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยชี้ให้เห็นว่าภาระด้าน อัตนัยเป็น

ผลกระทบด้านจิตใจ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Montgomery et al., 1985) ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรหันกลับมาสนใจตัวเอง รับรู้ว่าคุณเองกำลังเครียดและหาทางผ่อนคลาย ความเครียดจากหนักเป็นเบาหรือสงบลงได้ ด้วยการฝึกให้สมาชิกจัดการกับปัญหาทางอารมณ์และใช้วิธีคลายเครียดได้ โดยเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่สามารถนำมาปฏิบัติได้เองมีหลายอย่าง ได้แก่ การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดคลายเครียด เป็นต้น ผู้วิจัยสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเองและให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม โดยให้มีการผลัดกันนวดของสมาชิกในกลุ่ม เป็นทักษะที่จะช่วยให้บรรเทาความเครียดที่มีอยู่ในร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา การให้ผู้ดูแลสามารถเลือกใช้วิธีคลายเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะเชิงอัตนัยลดลง (Montgomery et al., 1985)

3) การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพและฝึกทักษะในการแก้ปัญหา เป็นแนวทางการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) ของ House (1981) โดยผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหานำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา และฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ใช้วิธีการแก้ไขปัญหอย่างมีประสิทธิภาพโดยขั้นตอนนี้แบ่งเป็น 2 กิจกรรม คือ การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ สมาชิกแลกเปลี่ยนถึงมุมมองของตนเองต่อเหตุการณ์ประสบการณ์ในกาดูแลและการเจ็บป่วยว่า ประสบการณ์เดิมที่ใช้จัดการกับสถานการณ์นั้นๆ รวมถึงผลลัพธ์ในการใช้วิธีจัดการนั้น มีการประเมินค่าสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลแล้วเป็นไปในลักษณะใด เช่น เป็นอันตรายหรือสูญเสียการมองเห็นเป็นโอกาสที่ท้าทาย หรือมองแบบเพิกเฉยต่อสถานการณ์นั้น รวมถึงทบทวนแหล่งประโยชน์ที่มีและวิธีการจัดการกับความเครียดหรือสถานการณ์ต่างๆ รวมถึงผลลัพธ์ในการใช้แต่ละวิธีที่จัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกและสรุปประเด็นถึงการประเมินค่าสถานการณ์นั้นว่ามีผลอย่างไรต่อตนเอง เช่น ถ้าประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นอันตรายหรือแก้ไขไม่ได้ (Harm & loss) จะทำให้มีความรู้สึกหดหู่ หมดหวัง ท้อแท้ การมองปัญหานั้นว่ามีส่วนดี เกิดความท้าทาย (Challenge) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี เช่น เป็นโอกาสทำให้ครอบครัวมาสนใจดูแลกันและกันมากขึ้น หรือการเลือกที่จะเพิกเฉย (Threat) ไม่สนใจต่อปัญหานั้น คิดว่ายังไม่ส่งผลใดต่อตนเอง หรือแก้ปัญหาดูด้วยการเบี่ยงเบนความสนใจไปหากิจกรรมทำให้เกิดความเพลิดเพลินเพื่อให้ลืมปัญหานั้นๆ และ กิจกรรมฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) ผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องการจัดการกับปัญหาที่สาเหตุ (Problem solving focus) และผลลัพธ์ในระยะยาวที่เกิดขึ้น ฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผลทั้ง 7 ขั้นตอน และส่งเสริมให้ผู้ดูแลประเมินค่าสถานการณ์เพื่อนำข้อมูลแหล่งประโยชน์ ที่ตนมีอยู่มาใช้ในการเรียนรู้และ จัดการกับปัญหา ที่เกิดขึ้นพร้อมให้ข้อมูล



ทางเลือกถึงวิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพใช้ในการป้องกันปัญหาการดูแลโรคจิตเภท เพราะการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะทั้งด้านอัตรายและด้านปรนัยลดลง (Lazarus & Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985)

4) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน เป็นแนวทางการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ของ House (1981) โดยผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนถึงความเข้าใจของตนเองในความรู้เรื่องโรคจิตเภทอาการเตือน ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิตและวิธีการดูแลเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้ เมื่อสมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เสร็จ ผู้วิจัยสรุปประเด็น เสริมความรู้เรื่อง การเจ็บป่วยทางจิตที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นซึ่งเป็น การเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้อง และสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยก็จะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพ ทุกวัน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียด น้อยลง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะเชิงอัตรายลดลง (จิราพร รักการ, 2549; Marsh & Johnson, 1997; Magliano & Fiorillo, 2007)

5) การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน เป็นแนวทางการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ของ House (1981) โดยผู้วิจัยให้สมาชิกทุกคนผลัดกันเล่าแลกเปลี่ยนถึงแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆ ที่คิดว่ามีอยู่และตนเองได้รับจากชุมชน หลังจากนั้นอภิปรายกลุ่มร่วมกันว่ามีแหล่งประโยชน์ใดๆ นอกเหนือจากที่สมาชิกแต่ละคนกล่าวมาหรือไม่ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูล คำแนะนำถึงแหล่งทรัพยากร ในชุมชนที่ใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น หน่วยงานและบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์ การขอความช่วยเหลือด้วยเบอร์ 1669 หน่วยงานที่ให้กาช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น เงิน แรงงาน เวลา สิ่งของ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำ ถึง วิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ต่างๆ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสงเคราะห์จังหวัด เป็นต้น เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลทั้งทางด้านปรนัยและด้านอัตรายให้ลดลงได้และมีการสร้างเครือข่ายการ ดูแล ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม (เพชร คันธสายบัว, 2544) ทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมนอกรอบข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ ทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Thompson et al., 1993; ทิปประพิน สุขเขียว, 2543)

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม มาใช้ในการทดลอง โดยผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมนี้ขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า การทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา รวมทั้งสภาพปัญหาการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งนับว่าโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มดังกล่าว สามารถพัฒนาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจ และสมรรถนะในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีทรัพยากรที่จะสามารถดึงเข้ามาใช้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมากขึ้น เช่น มีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ดูแลมีความเครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง และทำให้การรับรู้ ภาระในการดูแลลดลง ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่าภาระการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ( Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท โดยมีขอบเขตของการวิจัยดังนี้ คือ

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับยาในคลินิก จิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วย หรือ มารับยาแทนผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามแนวทางการวินิจฉัยของ ICD-10 ณ คลินิกชีวิดิใหม่ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. ตัวแปรที่ใช้ศึกษา ได้แก่
  - ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
  - ตัวแปรตาม คือ ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์ จากกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาของ Chou et al. (2002) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ร่วมกับการดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนตามแนวคิดของ Marram (1978) จำแนกเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุดกิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมดำเนินการ จำแนกเป็น 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ซึ่งครอบคลุมประเด็นต่างๆ การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียดการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพและการแก้ไขปัญหา การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน และการอภิปรายกลุ่มและยุคกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง เป็นรายกลุ่ม ดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์(Emotional Support)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแลหมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 60 นาที ใช้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเองและ เพื่อให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ได้ระบายความรู้สึกและให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลและให้ข้อมูลถึงพฤติกรรมความผิดปกติต่างๆของผู้ป่วยนั้นมาจากพยาธิสภาพของ โรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทและ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียดหมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 90 นาที โดยให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลและการเจ็บป่วยวิธีการจัดการกับความเครียด และผลลัพธ์ที่ได้จากการนำวิธีนั้น ไปปฏิบัติ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ สาเหตุของความเครียด ผลกระทบจากความเครียด วิธีจัดการกับความเครียดในแบบต่างๆและชี้ให้เห็นว่าระดับด้านอัตรายเป็นผลกระทบด้านจิตใจ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนั้น ผู้ดูแลควรหันกลับมาสนใจตัวเอง รับรู้ว่าคุณเองกำลังเครียด และหาทางผ่อนคลายความเครียดจากหนักเป็นเบาหรือสงบลงได้ ด้วยการฝึกให้สมาชิกจัดการกับ

ปัญหาทางอารมณ์และใช้วิธีคลายเครียดได้ โดยเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่สามารถนำมาปฏิบัติได้เองมีหลายอย่างได้แก่ การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดคลายเครียด เป็นต้น ซึ่งเป็นทักษะที่จะช่วยให้บรรเทาความเครียดที่มีอยู่ในร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น

## **ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)**

**กิจกรรมที่ 3 การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ และฝึกทักษะในการแก้ปัญหา** หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3 ใช้ระยะเวลา 90 นาที การที่ผู้ดูแลสามารถประเมินศักยภาพตนเองในการทำบทบาทผู้ดูแล และนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลและสามารถประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา สามารถเลือกใช้วิธีการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ กระบวนการกลุ่มที่ใช้ในการพัฒนาทักษะเรื่องนี้ ทำให้ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงวิธีเผชิญความเครียดแบบต่างๆจากผู้ดูแลคนอื่นๆ นำไปสู่การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของวิธีการเผชิญในแต่ละแบบ และได้ประเมินค่าบทบาทประสบการณ์ของตนเองเปรียบเทียบกับของผู้ดูแลคนอื่นๆว่าตนได้มีการปฏิบัติในการเผชิญกับความเครียดอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ หรือเป็นไปตามมาตรฐานสังคมหรือไม่ เพียงใด และ ควรวางแผนทางแก้ไขปัญหามาของตนเองอย่างไรต่อไป เพื่อให้สามารถเผชิญกับความเครียดในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## **ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)**

**กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน** หมายถึง การดำเนินการของพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 4 ใช้ระยะเวลา 60 นาที เป็นการได้แลกเปลี่ยนถึงความเข้าใจในความรู้เรื่องโรคจิตเภท บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้ และเสริมความรู้โรคจิตเภทที่เป็นปัจจุบันและจำเป็น ซึ่งเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้องและสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

## **ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)**

**กิจกรรมที่ 5 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน** หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 5 ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยการให้ผู้ดูแลทราบและเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆใน

ชุมชนที่สามารถใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยแลกเปลี่ยนถึงแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆที่คิดว่ามีอยู่และตนเองได้รับจากชุมชน ให้ข้อมูล คำแนะนำถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น สถานที่ หน่วยงาน กลุ่มบุคคลรวมถึงบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์ การขอความช่วยเหลือด้วยเบอร์ 1669 หน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น เงิน แรงงาน เวลา สิ่งของ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้คำแนะนำถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสงเคราะห์จังหวัด เป็นต้น

**กิจกรรมที่ 6 การอภิปรายกลุ่มและยุติกกลุ่ม** หมายถึง การดำเนินการของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 6 ใช้ระยะเวลา 60 นาที เพื่อให้สมาชิกทบทวน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ทักษะต่างๆทั้งหมดที่ได้รับ และผลที่ได้รับหลังนำความรู้ ทักษะต่างๆที่ได้รับไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพร้อมร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาในอนาคต เป็นเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นขวัญกำลังใจซึ่งกันและกันในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**ภาระของผู้ดูแล** หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเคียดแค้น การเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆในการดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน และความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยศึกษาภาระการดูแลตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) จำแนกเป็นภาระการดูแล 2 ประเภท ได้แก่

- 1) ภาระเชิงอัตนัย ( Subjective burden) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ความรู้สึกและทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ในการศึกษาค้นคว้านี้ประเมินภาระของผู้ดูแลโดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งนพรัตน์ ไชยธานี (2544) พัฒนามาจากแนวคิดของ Montgomery et al. (1985)

**ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD -10)

**ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง หรือ บุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับ

ค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลใด ๆ และ เป็นผู้ที่มีค่าคะแนนการรับรู้การดูแลตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป (ค่าคะแนนตั้งแต่ 2.5 ขึ้นไป)

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง บริการซึ่งพยาบาลวิชาชีพดำเนินการแก่ผู้ป่วยจิตเภทและ ผู้ดูแล ซึ่งมารับการบำบัดรักษา ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลท่าเรือ ประกอบด้วย การสอบถามข้อมูล การเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วย และครอบครัว ให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับอาการเตือน อาการข้างเคียงจากการใช้ยา วิธีการใช้ ยาจิตเวช ให้ความรู้เรื่อง การจัดสิ่งแวดล้อม วิธีการคลายเครียด รวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวโดย บุคลากรสาธารณสุข หรือ พยาบาลวิชาชีพจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการจัดรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ ที่จะทำให้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ ภาระในการดูแล ลดลง ส่งผลให้สามารถทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ ดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว สังคม และ ชุมชนได้ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลตามมา

2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดรูปแบบบริการ พยาบาลที่มุ่งช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแล

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจาก เอกสาร วิชาการ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการ วิจัย นำมาเสนอ เป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท
  - 1.1 ความหมายและสาเหตุ
  - 1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก
  - 1.3 การดำเนินโรค
  - 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
  - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
  - 2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว
  - 2.2 บทบาทของครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.3 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
    - 2.3.1 แนวคิดของ ผู้ดูแลในครอบครัว
    - 2.3.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
    - 2.3.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
3. ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.1 ความหมายของภาระในการดูแล
  - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแล
  - 3.3 การประเมินภาระในการดูแล
  - 3.4 บทบาทของพยาบาลในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
4. การสนับสนุนทางสังคม
  - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
  - 4.2 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม
  - 4.3 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

4.4 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

4.5 กลุ่มสนับสนุนทางสังคม

4.6 การสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

5. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



## 1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมายและสาเหตุ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบากที่สุดในจำนวนโรคจิตต่างๆ เป็นโรคที่กลุ่มอาการ ความผิดปกติทางอารมณ์การรับรู้กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวมโรคนี้เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (Thought process) โดยไม่มีพยาธิสภาพที่สมอง ซึ่งใช้การจำแนกโรคโดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ใช้ชื่อย่อว่า ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision) (WHO, 1992) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาว์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าการสูญเสียการรับรู้ และกำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พืชจากยา หรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2546) จากการศึกษาอุบัติการณ์พบว่าโรคนี้เกิดในผู้มีอายุระหว่าง 15-34 ปี และเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในสหรัฐอเมริกาพบว่าชาวผิวดำเป็นมากกว่าชาวผิวขาวและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง

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

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภทหรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติ ของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมโดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

จากการศึกษาในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการหลายๆ สาเหตุ ซึ่งแนวคิดที่ยอมรับในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ที่เชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมาและ พบว่าสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ( biological factors) ปัจจัยทางพันธุกรรม ( genetics factors) ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) และปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ( socioeconomic factors) ซึ่งปัจจัยทุกด้านมีความสำคัญ โดยมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัยดังนี้ (กิตติวรรณ เทียมแก้ว, 2544)

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีประสาทในสมอง ( Neurochemical disturbance ) เช่น

1.1 สมมติฐานของDopamine (Dopamine hypothesis) เชื่อว่าเกิดจากการทำงานมากเกินไปของโดปามีน โดยมีการเพิ่มของโดปามีนที่บริเวณโดปามีนซินแนป ( Dopamine synapse) ในสมอง

1.2 สมมติฐานเกี่ยวกับ Transmethylation (Transmethylation hypothesis) เชื่อว่าการเติมเมทิลกรุป ( Methyl group) เข้าไปในโมเลกุลของเค ทีโคลามีน ( Catecholamine metabolics) จะทำให้เกิดโรคจิตเภท โดยเฉพาะถ้าบุคคลนั้นมีความตึงเครียดจะมีเคทีโคลามีนหลังออกมาในสมองมาก

1.3 สมมติฐานความไม่สมดุลระหว่าง Dopamine กับ Norepinephrine (Dopamine-norepinephrine imbalance) เชื่อว่าโรคจิตเภทมิได้เกิดจากการเพิ่มของโดปามีนเพียงอย่างเดียว แต่มีการขาดนอร์อิพิเนพรินร่วมด้วย ทำให้ระดับของสารเคมีในสมองขาดความสมดุล และเกิดอาการของโรคจิตเภทได้

1.4 สมมติฐานจากภาพถ่ายทางสมอง (Brain imaging) จากการศึกษาในปัจจุบันพบความผิดปกติหลายแห่งในสมองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น การกว้างขึ้นของช่องน้ำสมอง หรือมีความบกพร่องของสมองส่วนหน้า

2. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetics factors) จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทพบว่า พี่น้องของผู้ป่วยและบุตรที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภท มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลทั่วไป การศึกษาในบุตรบุญธรรมที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภทพบว่า จะมีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ละ 25 ถ้าบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภทเพียงคนเดียวจะมีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ละ 20 และจากการศึกษาคู่แฝดพบว่า ในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนหนึ่งจะเป็นด้วยร้อยละ 70-90 และโอกาสที่คู่แฝดจากไข่คนละใบจะเป็นโรคนี้นี้ด้วยมีร้อยละ14 (เกษม ตันติผลาชีวะ๕36)

### 3. ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors)

3.1 ด้านความขัดแย้งในจิตใจ(Intrapsychic conflict) โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้กล่าวถึงพื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์ว่า เกิดมาจากแรงผลักดันภายใน หลายอย่างเช่น แรงขับทางเพศหรือแรงขับของความก้าวร้าว ซึ่งส่วนมากเป็นแรงขับที่ยังไม่ได้รับการขัดเกลา และเป็นแรงผลักดันที่อยู่ภายใต้จิตสำนึกของมนุษย์ทุกคน สำหรับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เกิดจากบุคคลไม่สามารถจัดการตนเอง และแรงขับที่เกิดจากแรงผลักดันภายใน ที่เรียกว่าสัญชาตญาณ เป็นผลให้เกิดความไม่เหมาะสมในการทำหน้าที่ของตนทางจิตใจ ร่วมกับการใช้กลไกทางจิต ชนิดที่ไม่ช่วยแก้ไข ปัญหาเช่น projection, denial หรือ regression จากสิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจ (Taylor, 1994)

3.2 ด้านสัมพันธภาพระหว่างมารดา กับทารกที่ผิดปกติ (Defects in the mother-child relationship) ทารกแรกเกิดไม่สามารถสนองความต้องการของตนเองได้ ฉะนั้นผู้เลี้ยงดูหรือมารดาเป็นผู้สนองความต้องการให้ทารกทุกอย่าง บุคคลทั้งสองจึงมีความสัมพันธ์กันเป็นความผูกพัน ความไม่ปกติเกิดจากการที่เด็กควรพัฒนามาช่วยตนเองได้ แต่เด็กไม่สามารถแยกจากมารดาได้ ต้องคอยพึ่งพาอาศัยมารดาตลอด พบได้ในกรณีที่ผู้เลี้ยงดูหรือมารดาแสดงให้เด็กเห็นว่าตนเองมีอำนาจเหนือเด็ก เด็กจึงไม่มั่นใจ ไม่เป็นตัวของตัวเอง

3.3 ด้านการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว (Double-bind Communication) การที่บุคคลเติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่ครอบครัวมีการสื่อสารไม่สม่ำเสมอ ไม่คงเส้นคงวา ไม่ตรงไปตรงมา หรือมีข้อมูลแอบแฝงอยู่ สร้างความสับสนให้กับครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่กำลังเจริญเติบโต ทำให้เด็กมีความยุ่งยากในการแยกแยะความจริง เกิดความไม่ไว้วางใจ และมีท่าทางระมัดระวัง ขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น

3.4 ด้านครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ (Dysfunction family) เกิดมาในครอบครัวที่มีผู้ที่เลี้ยงดูหรือบิดามารดา มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น บุคลิกภาพแปรปรวน ดิเคา ดิเคสุรา เชื่อว่ามีผลกระทบต่อคุณภาพการเลี้ยงดูบุตร ไม่สามารถตอบสนองร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม

4. ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic factors) เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท จากการศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี มีสองความคิด คือ เชื่อว่ากลุ่มประชากรที่มีฐานะทางสังคมและระดับเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า แต่มีคนแย้งว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วก็จะทำให้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยตกต่ำลง

## 1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก

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

1.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการ ดังนี้

1.2.1.1 อาการหลงผิด (delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ persecutory delusion และ delusion of reference ส่วนอาการหลงผิดอื่น ๆ ที่พบบ้าง เช่น somatic delusion และ grandiose delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการ หลงผิดซึ่งมีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจ

1.2.1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น Auditory Hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่น ๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนที่พบได้บ้าง เช่น tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ Auditory Hallucination

1.2.1.3 Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทางกรพูดและสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.1.4 Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปีสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนงูๆ กี่ร้องตะโกน โดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

1.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

1.2.2.1 Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

1.2.2.2 Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตา

1.2.2.3 Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก

1.2.2.4 Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

1.2.2.5 Associality เก็บตัว เฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนานในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

**1.3 การดำเนินโรค** ผู้ป่วยจิตเภทมักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 1994)

1.3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน จากการศึกษาพบว่า ก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดอาการกำเริบมักจะมีอาการนำมาก่อน เป็นอาการที่ไม่ใช่

อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี และอยู่ไม่สุข เป็นต้น ( Herz et al., 1989)

1.3.2 ระยะเวลาแสดงอาการกำเริบ ( Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) หรือมีอาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ คือ อาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงเป็นพัก ๆ จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ตามมาร่วมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวรออาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา

1.3.3 ระยะเวลาอาการหลงเหลือ ( Residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จะมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า แต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะเวลาอาการกำเริบ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) จะลดความรุนแรงลง ในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) จะมีมากขึ้น เช่น อารมณ์เฉยเมย แยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ได้ ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ จะเกิดระหว่าง 5 ปีแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง มีปัญหาการดำรงชีวิต เกิดความเครียดได้ง่าย บางครั้งจะมีอาการซึมเศร้า เป็นภาวะแก่ครอบครัวและสังคม

#### 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะเวลาอาการของโรคและความรุนแรงของโรคได้ 3 ระยะ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

1.4.1 การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ได้แก่

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

1.4.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้าโดยทั่วไป จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจน ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (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

1.4.1.3 การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจใช้การผูกยึดและจำกัดบริเวณหรือพิจารณาฉีดยาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในระยะนี้ต้องดูแลใกล้ชิด ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงพิจารณายุติการผูกยึดหรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย

1.4.2 การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่มซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุด แต่ต่างกันที่จิตบำบัดแบบกลุ่มจะบำบัด โดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้นซึ่งช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมลงได้

1.4.2.1 การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกการแสดงออก การจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ

1.4.2.2 การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานใน

แต่ละวัน ซึ่งอาจไปเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ป่วย ผู้รักษาต้องแนะนำวิธีการควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ สอนวิธีลดความเครียด

1.4.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเอง โดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน ไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบคงสภาพ (Maintenance treatment) เป็นสิ่งสำคัญมากในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ ( Re-hospitalization) ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ออกฤทธิ์ยาว ( Long-acting antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ ต่อการฉีด 1 ครั้ง ระยะเวลาในการรักษานั้นส่วนใหญ่เน้นในครั้งแรก หลังจากอาการทางจิตดีขึ้น แล้วให้ยาต่อเนื่องไปอีกหนึ่งปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว หากเป็นบ่อยกว่านี้ต้องให้ยาต่อเนื่องตลอดไป

## 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

### 1.5.1 ความหมายการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวมหรือที่เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาลซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวิถีภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและพึ่งพาตนเองได้

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึงการพยาบาลที่ใช้องค์ความรู้แนวคิด ทฤษฎีทั้งในด้านศาสตร์และศิลป์มาใช้ในการดูแลช่วยเหลือและบำบัดสนับสนุนส่งเสริมด้าน สุขภาพป้องกันหรือดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยทางจิตรวมทั้ง ครอบครัว

### 1.5.2 หลักการพยาบาลโดยทั่วไป (สวินีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2547)

การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม และเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อถึงผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมี ปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมาย และด้านสังคม การพูดยาวๆ ทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือน และทำให้เกิดการตีความหมายสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น และสิ่งสำคัญคือ เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อถึงผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้โดยทั่วไปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

1.5.2.1 การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความ สะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะ ด้านสุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของ ร่างกาย ด้านสุขอนามัยของตนเอง ผู้ป่วยที่หิวกระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ซึ่งอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารขึ้นได้ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมคงรูปเดิมชนิดหุ่นจี้ซึ่งอาจมีกลิ่นเนื้อขาด เลือดไปเลี้ยง พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยอยู่ท่าเดิมนานๆ ผู้ป่วยที่นั่งอยู่ท่า ไตท่าหนึ่งนานๆ ก็อาจมีปัญหาเกิดการกดทับและขาดเลือดไปเลี้ยง จึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ท่า เดียวนาน ๆ กิจกรรมที่จัดให้ก็ควรให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ

1.5.2.2 การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่ผู้ให้การพยาบาลควรทำคือ การหา ความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อ ออกมาทางด้านพฤติกรรม ( Search of meaning) ได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือทำให้ ความจริงแก่ผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (Reinforcing reality) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมี ความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหลาย ๆ ความคิดของผู้ป่วยถูกถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและ พฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ ดังนั้น สิ่งแรกที่พยาบาลจะต้องทำเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือการหา



ความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้น ๆ พยายามฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

2) การส่งเสริมให้ความจริงแก่ผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น เห็นภาพบางภาพขณะที่พยาบาลไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็น ขณะเดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้นเป็นต้น

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

4) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคมและการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าจะจะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยเดินอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น พยาบาลที่มีความตั้งใจดีอาจจะพยายามนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับคนอื่นๆ โดยที่ยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะทำอันตรายพยาบาลได้ด้วย ความหวาดระแวงและการหลงผิด นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจจะมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ พฤติกรรมแปลกๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน และเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางด้านสังคมพื้นฐานที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

**1.5.3 การใช้กระบวนการพยาบาล** พยาบาลต้องมีสติ ไตร่ตรอง ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกของตนในขณะนั้นพัฒนาและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ (อรพรรณ ถิ่นบุญรัชชชัย, 2545)

#### 1.5.3.1 การประเมินสภาพปัญหา การประเมินสภาพด้านร่างกาย

บุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหารผู้ป่วยปฏิเสธอาหารหรือไม่ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ พยาบาลใช้การ

สังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาวะทางด้านร่างกาย การประเมินด้าน การคิด ระบายผู้อื่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยายามต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดขั้น ต่อไป

**1.5.3.2 การวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทควรพิจารณาทั้งสภาพ** ทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม สัมพันธภาพ และอาการต่างๆไปที่ได้ทำในขั้นต้น โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาล จะสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยข้อวินิจฉัยการ พยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น มักเกี่ยวข้องกับอาการ Positive symptoms ซึ่งได้แก่ อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด และอาการด้าน Negative symptoms ได้แก่ อาการแยกตัว อาการความพร่องด้าน สังคม

**1.5.3.3 การวางแผนการพยาบาล ทั้งระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการ** ดังนี้

1) **การวางแผนระยะสั้น** เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแล ผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆ ดังนี้ การ ดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจาก ภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง การดูแลสภาพ ร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อน และสุขอนามัยที่ดี การดูแลด้านการบำบัดทาง ชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ ข้างเคียงของยา การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพ ด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจ และสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะของการมีสัมพันธภาพ กับผู้อื่น

2) **การวางแผนระยะยาว** เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแล ระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่ง ประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่าง ๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่บ้าน การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม การใช้ แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน และหน่วยงานใกล้เคียง เช่น ศูนย์บริการ สุขภาพจิตเขตต่าง ๆ

3) **การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน** ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดย พิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิคการพยาบาลดังนี้ เสริมสร้างสัมพันธภาพและความ ไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

รักษาสมดุลด้านชีววิทยา ใช้ความคงเส้นคงวา และชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียงในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

**4) การประเมินผล** ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นพยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตราย และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางชีวภาพ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้ดีขึ้น ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น ได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้นผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้นสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ ได้รับการเรียนรู้ พัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมขึ้น

สรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ ซึ่งมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ผู้ให้การพยาบาลจึงต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมินได้ วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล

## 2. ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

**2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในครอบครัว** การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่บ้านหรือในครอบครัว พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

### 2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีดังนี้ (กัลยาณี โนนินทร์ 2542)

2.1.1.1 เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดี เจ็บป่วย พิกัด หรือป่วยหนักเพื่อทุเลาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน

2.1.1.2 เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพร่วมกัน

2.1.1.3 เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสานได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.1.1.4 เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

2.1.1.5 เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

2.1.1.6 เป็นบริการที่มีการบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

2.1.1.7 เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

2.1.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว เป็นให้การพยาบาลแบบผสมผสาน การปฏิบัติกรพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้ จากการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรม ของ Macleod, Elliott and Brown (2011) พบว่าการพยาบาลที่พยาบาลด้านสุขภาพจิตชุมชนให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มความรู้เรื่อง โรคจิตเภทแก่ผู้ดูแล และเป็น การพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ดูแลอีกด้วย ดังนี้ คือ

2.1.2.1 การให้ความรู้ (Educational intervention) เพื่อให้มีความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการจัดการที่มีประโยชน์ อาจกระทำได้ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม ซึ่งมีข้อมูลหลักฐานว่า สามารถลดภาระในการดูแลของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.2.2 การให้ความรู้สนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ( Supportive family education) เน้นการสนับสนุนครอบครัวเกี่ยวกับการให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพ เป้าหมายเพื่อลดความเครียดและภาระการดูแล เสริมสร้างคุณภาพการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต

2. 1.2.3 การบำบัดครอบครัว ( Family intervention) เป็นการบำบัดที่มีรูปแบบพิเศษ ที่เน้นการดูแลทางด้านชีววิทยา (Biology) เน้นที่การใช้ยาและสังคมของผู้ป่วยจิตเภท (Social component) เน้นที่การสื่อสาร การฝึกทักษะการแก้ปัญหา การให้ความรู้ เครือข่ายทางสังคม โดยใช้หลักแนวคิดที่กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ส่งผลกระทบถึงภาระของครอบครัว การบำบัดครอบครัว ( Family intervention) เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวบำบัด จากการศึกษา มีข้อมูลหลักฐานว่า สามารถลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ (Barrowclough et al., 1998)

2. 1.2.4 การสนับสนุนบริการในชุมชน ( Community support services) ได้แก่ การจัดการรายกรณี การให้บริการเชิงรุก การเยี่ยมบ้าน โปรแกรม ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน การให้คำปรึกษา การให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีพยาบาลอยู่ด้วย

2.1.2.5 กลุ่มสนับสนุนร่วมกัน (Mutual support groups) การใช้กลุ่มสนับสนุนเป็นสิ่งที่สามารถสร้างเสริมพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี สามารถลดภาระของครอบครัวได้

2. 1.2.6 งานบริการกลางวัน ( Day care services) เป็นลักษณะที่เป็นโปรแกรมการดูแลเพื่อลดภาระของครอบครัวโดยบุคลากรที่ได้รับการอบรมมาโดยเฉพาะ

ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทใน ครอบครัวจึงเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกใน ครอบครัวอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคมซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

สรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่บ้านและในครอบครัว มีลักษณะการบริการแบบผสมผสานและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยทีมสุขภาพเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิก ครอบครัว ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตที่ได้ผลอย่างแท้จริง จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจและความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ที่ต้องให้การสนับสนุน ให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้

**2.2 บทบาทของครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท** ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวผู้ดูแล และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกตินั้น ครอบครัวจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

จากการที่ สังคมไทยเป็นครอบครัวขยายที่มีวัฒนธรรมการดูแลช่วยเหลือกันในครอบครัว ดังนั้นในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของครอบครัวบำบัด มีองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดย Friedman (1992 อ้างถึงใน ภูมิมาภิชาติ แสงเขียว, 2542) กล่าวถึงองค์ประกอบในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้ ด้านดังนี้

1) ด้านอารมณ์ ให้สมาชิกทุกคนได้รับความรักความอบอุ่นตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ของสมาชิก หล่อหลอมบุคลิกภาพให้แก่สมาชิก

2) ด้านการอบรมสั่งสอนให้รู้ระเบียบทางสังคม ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่จะทำให้สมาชิกที่เป็นเด็ก ได้รับรู้สถานะทางสังคมของตน ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว

- 3) ด้านการสร้างสมาชิกใหม่ เพื่อความต่อเนื่องของครอบครัวและดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ในสังคม
- 4) ด้านเศรษฐกิจ ต้องเตรียมแหล่งประโยชน์ ทั้งด้านทรัพย์สินและอุปกรณ์ต่างๆ
- 5) ด้านการดูแลสุขภาพ ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ จัดหาอาหาร เครื่องแต่งกาย ที่พัก และมีการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

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

สรุปได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่หลากหลาย และครอบคลุมทุกด้าน โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถ ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

## 2.3 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

### 2.3.1 แนวคิดของ ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัวหรือผู้ดูแลที่บ้าน คือสมาชิกใน

ครอบครัว ซึ่งสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

Horowitz & Reinhard (1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

- 1) **ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver)** หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มากกว่าคนอื่น ๆ อย่างน้อย 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

2) **ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver)** หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรงหรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

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

นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักและเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็โรครจิตเวชโดยเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องบุตรหลาน หรือญาติของผู้ที่เป็น โรครจิตเวชที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ที่เป็น โรครจิตเวช ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง สม่่าเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแล

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแล หมายถึง บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง หรือบุตรเพียงคนเดียวคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลใด

### 2.3.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในครอบครัว ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534)

กล่าวถึงการดูแลที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องการ ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลทั้ง 6 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านความเป็นอยู่ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย หากมีอาการทางจิตมากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนให้ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ดูแลการรับประทานอาหารและการพักผ่อน
- 2) ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่ดูค่าหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรงเพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย
- 3) ด้านสังคม ผู้ที่มีพฤติกรรมเฉื่อยชา แยกตัวเอง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากขึ้น เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา หรือร่วมงานต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน
- 4) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมของบุคลิกภาพอาจจะไม่สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล
- 5) ด้านการรักษา ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนหรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมทั้งเป็นผู้ช่วยสนับสนุนการรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

6) ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะการปรับตัวให้กับผู้ป่วยให้สามารถรับมือชอบและช่วยเหลือตนเองได้

จอม สุวรรณ โน (2541) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

- 1) ปฏิบัติการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 2) ช่วยเหลือประทับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ
- 3) จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพ จัดหาซื้อยา รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยา
- 4) ช่วยเหลือด้านการเงิน
- 5) แบ่งเบาภาระงานบ้าน
- 6) เป็นธุระติดต่อกับชุมชน

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่หลากหลาย และครอบคลุมทุกด้าน โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ ความสามารถ ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

**2.3.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว** โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติ อย่างต่อเนื่องและต้องดูแลในระยะยาวยอมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลต้องรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งภาระดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

**1) ผลกระทบด้านร่างกาย** การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและต้องทำในระยะยาว ในระยะที่มีอาการกำเริบผู้ดูแลบางราย อาจต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เวลาสำหรับการดูแลตนเองและการพักผ่อนลดลง นอกจากนี้การรับมือชอบในหลายบทบาท เช่น การดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในครอบครัว การหารายได้ควบคู่กับการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้าจากการรับบทบาทที่มากเกินไป (รุจา ภูโพนบูลย์, 2535) ประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรมเกิดอารมณ์เศร้าซึมและเครียด ( Ekberg, Griffith & Foxall, 1986; Minister of Supply and Services of Canada, 1991)



**2) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์** การดูแลเป็นระยะเวลานานทำให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยอาการทางจิตที่รุนแรงซึ่งเกิดขึ้น โดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลอย่างไรถึงจะเหมาะสม ก่อให้เกิดความเครียด และเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; Loukissa, 1995) การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป และอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998)

**3) ผลกระทบด้านสังคม** การรับบทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย ทำให้มีเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่นๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง การพบปะเพื่อนฝูงลดลง (Rungreangkulkit, 2001) เนื่องจากภาระที่ต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามความต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปร่วมทำบุญ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่จัดขึ้นภายในชุมชนทำให้เกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกแยะและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (มนตรี อมรพิเชษฐ์กุลและพรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544; Eakes, 1995)

**4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ** การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ ทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องขาดงานรวมทั้งผู้ดูแลต้องลางานหยุดงานหรืออาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (รัชนิกร อุปเสน, 2541; Thomson et al., 1993; Eakes, 1995) ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (นมิตา ล. สกุล, 2544) จากการศึกษาของนพรัตน์ ไชยธานี ( 2544) พบว่าการมีผู้ป่วย จิตเภทในครอบครัวทำให้มีรายจ่ายมากขึ้นและรายได้ของสมาชิกคนอื่นๆ ลดลง

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาและส่งผลกระทบต่อโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจเป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ทำให้เกิดการเบื่อหน่าย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังจะเกิดความรู้สึกยุ่งยากในการดูแล อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ ผู้ป่วยทุกคนต้องการการดูแลเอาใจใส่ และกำลังใจจากครอบครัว เพื่อไม่ให้เกิดความท้อแท้ในการรักษาอาการป่วยของตน ช่วยให้อาการป่วยทางจิตดีขึ้น และเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นหากผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้จะส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีและผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้

### 3. ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 3.1 ความหมายของภาระในการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านความคิด มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน หรือตลอดชีวิต จึงเป็นผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของภาระในการดูแลหลายแนวความคิดดังนี้

ภาระตามพจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ (2530) หมายถึง ชูระที่หนัก การงานที่หนัก หรือหน้าที่ที่ต้องรับเอา ส่วนภาระในทางสุขภาพหมายถึง ภาระการดูแล (Burden of care) Mills (1962 cited in Fadden et al., 1987) ผู้เริ่มศึกษาภาระในทางสุขภาพ กล่าวว่า ภาระ หมายถึง ผลกระทบทางลบที่เกิดจากการกระทำบทบาทผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย สอดคล้องกับ Grand and Sains (1963 cited in Vitaliano et al., 1991) ซึ่งยอมรับผลกระทบที่เกิดจากการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยทางจิต ว่ามีผลกระทบด้านลบหรือเป็นภาระของครอบครัว Honig & Haminton (1966 cited in Jones, 1996) ให้ความหมายโดยอธิบายในเชิงของผลกระทบที่เกิดจากการดูแลว่ามี 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับสถานการณ์การดูแล เช่น ขาดความเป็นอิสระ และสูญเสียรายได้ของครอบครัว เป็นต้น ส่วนภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อประสบการณ์การดูแล เช่น ความวิตกกังวล ความตึงเครียด หรือความรู้สึกอับอาย เป็นต้น ซึ่งให้ความหมายสอดคล้องกับ Thomson & Doll (1982), Montgomery, Gonyea & Hooyman (1985) และ Provencher (1996) ที่ได้ให้ความหมายภาระของผู้ดูแลว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากงานความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแล ที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบ เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น สัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวลดลง การมีเวลาทำกิจกรรมร่วมกับสังคมลดลง ปัญหาหน้าที่การงาน และปัญหาด้านสุขภาพ

George และ Gwyther (1986) กล่าวว่าภาระของผู้ดูแลเป็นความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ Feddersen (1990 อ้างถึงใน ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) ให้ความหมายของภาระว่าเป็นสภาพปัญหาในสถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้ดูแลจะต้องอดทนต่อสภาพปัญหานั้น ปัญหากายภาพ เช่น ความเหนื่อยล้า ปัญหาอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ปัญหา

ทางด้านสังคม 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 การประเมิน สถานการณ์ของผู้ดูแลและเกี่ยวข้องกับงานของผู้ดูแล

มุมมองที่ 2 พฤติกรรมของผู้ดูแลส่งผลให้เกิดภาระเชิงปรนัย ได้แก่ ภาระหน้าที่ที่ ต้องทำตามสถานการณ์ในการดูแล

มุมมองที่ 3 พฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาระเชิงอัตนัยจากการประเมิน สถานการณ์ของผู้ดูแลและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรบกวนของผู้ป่วย

มุมมองที่ 4 พฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาระเชิงปรนัยจากการที่ผู้ดูแลมี ภาระหน้าที่ ได้แก่ ภาระหน้าที่ที่ต้องทำเนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก

เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2544) ให้ความหมายว่า ภาระดูแลคือ ความเครียดหรือภาระที่เป็นผล มาจากการตอบสนองหลายมิติของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ดูแล มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การ ดูแลแบ่งเป็น

1) ภาระเชิงอัตวิสัย เป็นภาระที่เป็นรูปธรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการดูแล ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อชีวิตส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลงบทบาทความ มากน้อยของกิจกรรมการดูแล

2) ภาระเชิงจิตวิสัย เป็นความคิดความรู้สึกหรือความก্লุ้มใจอันเป็นผลมาจากการ รับรู้ของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ การให้การดูแล ซึ่งมักแสดงออกโดยทัศนคติและอารมณ์

สำหรับแนวความคิดภาระของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา คือ แนวความคิดภาระของ ผู้ดูแล (Caregiver burden) ของ Montgomery et al. (1985) ที่ให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วย จิตเภท คือ การรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเดือดร้อนความยากลำบาก ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิต วิทยาณ โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 ด้าน ได้แก่

1) ภาระเชิงอัตนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกปฏิกิริยาทางอารมณ์ และทัศนคติ ของผู้ดูแล

2) ภาระเชิงปรนัย เป็นการรับรู้การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลใน ด้านต่าง ๆ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาระหรือปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังนี้

1) **ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย** ภาวะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา อาจมีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลได้ ดังเช่นการศึกษาของ Bull (1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะในการดูแล และภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ครั้งแรกหลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 หลังออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะในการดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ร้อยละ 27 และร้อยละ 17 ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ส่วน Oberst et al., (1989) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการรักษากับภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบำบัด พบว่าระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะในการดูแลของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าระยะเวลาในการรักษาทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะในการดูแลมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาทั้งสองกรณีมีความขัดแย้งกัน จึงไม่อาจสรุปทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลกับความรู้สึกเป็นภาระได้

2) **ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย** บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนบ้านเดียวกัน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนในที่ทำงานเดียวกัน และคนใกล้ชิด เริ่มมาจาก มีความสนใจร่วมกันจึงมีความสัมพันธ์ในหลายรูปแบบ จึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shelves, 1986)

3) **รายได้ของครอบครัว** รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว ( Orem, 1985) Montgomery et al. (1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวมากจะรับรู้ภาวะในการดูแลน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Bull (1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าครอบครัวที่มีรายได้มากจะรับรู้ภาวะในการดูแลน้อย

**4) อายุของผู้ดูแล** อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้การรับรู้ภาระต่างกัน (Lefley, 1987; Cook et al., 1994) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหา ผู้มีอายุน้อยกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้ภาระน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะมีภาระในการดูแลน้อย (Montgomery et al., 1985)

**5) จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล** ครอบครัวที่มีสมาชิกน้อยเพียง 1-2 คน จะมีภาระน้อยกว่าครอบครัวที่มีสมาชิก 3-8 คน (Crotty & Kuly, 1986) เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลแต่ผู้ป่วยเท่านั้น ผู้ดูแลยังทำหน้าที่ดูแลบ้านและสมาชิกภายในครอบครัวอีกด้วย

**6) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท** ที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (นิสากร แก้วพิลา, 2545; Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997) จากการศึกษาของ Lim และ Ahn (2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่าความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อภาระ โดยตรงต่อการรับรู้ภาระ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย ต้องห้ความรู้เพื่อทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลงเป็นผลให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง (Montgomery, stull & Borgatta, 1985)

**7) การสนับสนุนทางสังคม** เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแลเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต โดยบรรเทาความรุนแรงของปัญหา เช่น การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล ( Crotty & Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำการให้สุขศึกษาแก่ผู้ดูแลช่วยลดภาระเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหาได้ (Montgomery et al., 1985)

**3.3 การประเมินภาระในการดูแล** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีการประเมินภาระในการดูแลจากหลากหลายแนวคิดดังนี้

**3.3.1 การประเมินภาระในการดูแลของOberst (1991)** ได้ประเมินผลลัพธ์ของการจัดกระทำการดูแลว่าควรสนใจทั้งปริมาณเวลาหรือปริมาณความต้องการในการดูแลแบ่งออกเป็น 2 มิติ

- 1) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมการดูแล ซึ่งมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแลวัดจากความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม
- 2) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) หมายถึง กิจกรรมการดูแลซึ่งมีปริมาณความต้องการในการดูแล (Demand) วัดจากปริมาณเวลาที่ใช้ทำกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรม

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

1) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึก ทศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเคียดแค้น อับอาย โกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ

2) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นความยากลำบากที่เกิดจากรับผิดชอบของกิจกรรมการดูแล ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวลดลง อีตละลดลง มีกิจกรรมในสังคมลดลง ซึ่งมีผลต่อดำเนินชีวิตประจำวันทำให้น้ำที่การทำงานเปลี่ยนแปลงและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อผู้ดูแล Montgomery et al. (1985) ได้พัฒนาและประเมินภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติในประเทศไทยแปลและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้คะแนนรวมในแต่ละมิติสามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้นๆ ได้ จึงทำให้เห็นภาระในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่แตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาภาระในการดูแลโดยใช้วิธีการประเมินภาระการดูแลตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งมองภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย ( Subjective burden) และภาระเชิงปรนัย ( Objective burden) เนื่องจากการมองภาระการดูแลที่ชัดเจนครอบคลุมมากที่สุด และมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

### 3.4 บทบาทของพยาบาลในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลและครอบครัว การเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองต้องพึ่งพาผู้ดูแล ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบทางร่างกายและจิตใจผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านดังนี้

1. การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและลดผลกระทบด้านลบให้น้อยที่สุดเช่นพฤติกรรมบ่าบัดต่าง ๆ ฝึกให้ผู้ดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันทำกิจกรรมที่เหมาะสมผู้ป่วยคงไว้ซึ่งทักษะด้านกายภาพและการเคลื่อนไหว (Elloit, 1998)

2. การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver intervention) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลเพื่อลดภาระการดูแล แบ่งออกเป็น

2.1 การให้ความรู้ (Education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ (Dunkin et al., 1998) อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ , 2545) และทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวังและการเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแล เพิ่มความรู้สึกของความพึงพอใจ และเป็นผู้มีความรู้

ความชำนาญ (Kasuya, 2000) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดภาระการดูแลได้ เช่น ครุณี คชพรหม (2543) ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคอง และจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มประคับประคอง และจิตศึกษาสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

2.2 การจัดกลุ่มสนับสนุน (Support group) เพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ภาระการดูแลจากการบรรยายหรือการพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่นๆซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มสนับสนุนเป็นความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาแหล่งประโยชน์ 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

2.3 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) การทำครอบครัวบำบัดจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วย หรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้ และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหากับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก

2.4 การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (Develop family strength) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญหน้าและรับผิดชอบความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต และต้องรับภาระหนักในการดูแล จำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนักของทุกวัน รวมทั้งความแข็งแกร่งของความรู้สึกรู้สึกของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจ และเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้เป็นแนวทางในการลดภาระในการดูแล

2.5 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 และก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาและผลลัพธ์ ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะช่วยลดความแตกต่างหรือช่องว่างระหว่างทีมการรักษาและผู้ดูแล การมีส่วน

ร่วมของครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญในการรักษานี้จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และสามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลได้

สรุปได้ว่า บทบาทของพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในครอบครัว นับเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและสังคม มุ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ โดยนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ซึ่งทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง ซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลลงได้

#### 4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

##### 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยโครงสร้างที่ซับซ้อนและความเกี่ยวพันที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึกต่อกัน ทำให้บุคคลให้ความช่วยเหลือในด้านการจัดการปัญหาต่างๆ และช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียด การสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี โดยการส่งเสริมหรือเอื้ออำนวยให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนสามารถบรรเทาความเครียดได้ก่อนให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจ ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความผาสุกทางจิตใจตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนวิถีในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ (นิรมล จิตต์จางง, 2548)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆ ทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน ดูแลเอาใจใส่ ทำให้เกิดการไว้วางใจกัน (ไพลิน ปรัชญคุปต์, 2548)

การสนับสนุนทางสังคมหมายถึงผู้รับได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารวัตถุดิบของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543)

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆ ทำให้เกิดความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจกัน ประกอบด้วย การสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน คือ



1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถาม รับฟังความรู้สึก

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ในสังคม เป็นการให้ข้อมูลย้อนป้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคม หรือนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง เช่น ประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพโดยฝึกทักษะในการแก้ปัญหา โดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แจง แนวทาง ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) คือ การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน แรงงาน เวลา ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่างๆ ในชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ

4.2 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม Gottlieb (1985) ได้แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro Level) จะวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือมีส่วนร่วมในสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มต่างๆ การดำเนินชีวิตในชุมชน ฯลฯ
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) การมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคมด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มที่ติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ กลุ่มเพื่อน ครอบครัว
3. ระดับลึกหรือระดับแคบ (Micro Level) คือ ระดับที่ใกล้ชิดที่สุด การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวหรือคนรักซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

#### 4.3 แหล่งการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีหลายมิติ ได้แก่ ด้านโครงสร้างการทำหน้าที่ และด้านความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในการติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Brant & Wienert, 1985; Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) ซึ่งการติดต่อ

สัมพันธ์ของบุคคลในสังคมจะเกี่ยวข้องกับหลายองค์ประกอบ ได้แก่ ขนาดของกลุ่ม ลักษณะของความผูกพัน ระยะเวลา และวิธีที่ใช้ในการติดต่อ (Pender, 1996)

#### 4.4 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

##### 4.4.1 หลักการ ที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจะประกอบด้วยสิ่งสำคัญ ดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วยข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่และมีความรัก ความหวังดีในตนเองอย่างจริงจัง ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม
3. ปัจจัยนำเข้าอาจอยู่ในรูปของข่าวสารวัตถุประสงค์ของหรือทางด้านจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ

##### 4.4.2 กลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมอุบล นิวัติชัย (2537)

ได้อ้างถึงแนวคิดของ Caplan (1974) เกี่ยวกับการจัดไว้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ที่พบได้ในทุกสังคมและวัฒนธรรม ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 เป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก  
ประเภทที่ 2 ได้แก่ ครอบครัวใกล้ชิด (Kinth) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย ผู้ร่วมงาน พบว่าทุกวัฒนธรรมมีแนวทางปฏิบัติในการผูกมัดบุคคลในสายเลือด หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันว่าจะต้องช่วยเหลือกันเมื่อมีปัญหาหรือมีความลำบากในการดำเนินชีวิต

Rose (1997) ได้กล่าวถึงครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชว่าครอบครัวของผู้ป่วย เช่น คู่สมรส บุตร หรือครอบครัวเดิมของผู้ป่วยเช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ มีหน้าที่ที่จะต้องช่วยเหลือด้านสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย Horwitz, Reinhard, & Howell-White (1996) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในแง่ของการแลกเปลี่ยนตอบแทนซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ตามแนวคิดทางสังคมสงเคราะห์ที่เรียกว่าระบบอุปถัมภ์แบบต่างตอบแทน (Reciprocal) คือถ้าบุคคลช่วยทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น บุคคลนั้นจะได้รับความช่วยเหลือเป็นการตอบแทน เมื่อบุคคลนั้นรู้สึกเดือดร้อนหรือจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ หากทำประโยชน์กับผู้อื่นมากบุคคลนั้นก็จะได้รับการช่วยเหลือมาก

**2.องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน** หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพเช่น สมาคมผู้สูงอายุเป็นต้น กลุ่มองค์กรหรืออาสาสมัครในชุมชนที่รวมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคมโดยสนใจที่จะช่วยเหลือผู้ที่ประสบความยุ่งยาก เช่น The National Association of Psychiatric Survivors (NAPS) เป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของ USA. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ให้ความรู้และช่วยเหลือผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ (Lefley, 1993)

**3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ** หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดย Rose (1997) มีแนวคิดว่าบุคลากรในทีมจิตเวชมีความสำคัญในการลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้าน โดยการให้ข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมกับความรู้ของผู้ดูแล บุคลากรทางวิชาชีพที่มีทัศนคติที่ดีกับผู้ดูแลและผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้และรู้สึกชื่นชมเกิดความสนใจในคำแนะนำ

Brant & Weinert (1985) เห็นว่าในบุคคลแต่ละคนนั้นมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม 11 แหล่งด้วยกัน คือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ธูชาติ มิตรสหาย เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน พระหรือนักบวช บุคลากรทางด้านสุขภาพ หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน รวมถึงบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

**4.4.3 กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่มตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป** มีปฏิสัมพันธ์กัน มีแรงจูงใจร่วมกันทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยที่สมาชิกกลุ่มมีอิทธิพลต่อกัน โดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้จัดกระบวนการให้สมาชิกแสวงหาคำตอบ การใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มแสดงความเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอแนะวิธีการต่าง ๆ กันเอง จนเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ภายใต้บรรยากาศของคน ให้เกียรติ ยอมรับ รู้สึกปลอดภัย ไว้วางใจและได้กำลังใจ การจัดให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้เข้ากลุ่มสนับสนุนนับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมวิธีหนึ่งตามที่ Weiss (1976) ได้กล่าวไว้ คือ สมาชิกมีความผูกพัน ยึดเหนี่ยวต่อกัน มีการรวบรวมประสบการณ์ทางสังคม มีการดูแลเอาใจใส่ต่อกัน มีความเชื่อถือ จริงใจต่อกัน มีความรู้สึกที่เป็นมิตรต่อกันและมีการได้รับคำแนะนำ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนที่เข้าใจความรู้สึกและสามารถคุยได้อย่างเปิดเผย เป็นพวกเดียวกัน และตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา กลุ่มสนับสนุนจัดเป็นสิ่งเร้าที่เข้าไปกระทำ ต่อกระบวนการทางปัญญาของผู้ดูแล คือ กลุ่มสนับสนุนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความคิด ความเข้าใจการรับรู้ จากเดิมที่คิดว่าตนเองไร้คุณค่า เป็นผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชไปตลอดชีวิต ไม่มีใครเข้าใจความรู้สึกของตน เมื่อเข้าร่วมในกลุ่มสนับสนุนจะเกิดการประคับประคองทางจิตใจต่อกัน เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่อกัน มีการให้และรับข้อมูลที่ง่ายต่อ

การนำไปปฏิบัติในชีวิตจริง ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจในคำ เนินชีวิตเพื่อ การมีสุขภาพที่ดี ทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนว ทางการรักษาของแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งเป็นการลดภาระของ ผู้ดูแล

#### 4.5 กลุ่มสนับสนุนทางสังคม

**4.5.1 กลุ่มสนับสนุน (Support group)** เป็นกลุ่มบุคคลที่มีประสบการณ์เหมือนกัน มารวมตัวกันเป็นกลุ่มเล็กๆ โดยความช่วยเหลือของพยาบาลเพื่อให้สมาชิกได้พูดคุย ประคับประคองทางจิตใจต่อกัน (Kinney, Mannerter, & Carpenter, 1992) ทำให้เกิดปัจจัยบำบัด (Curative factors) สามารถจัดการกับภาวะอารมณ์และพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตในช่วงที่เกิด เหตุการณ์วิกฤตในชีวิตได้ (Yalom, 1985) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปรับ พฤติกรรมทางปัญญาซึ่ง Kazdin (1978) กล่าวว่า เป็นกระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกโดย การเปลี่ยนความคิด การตีความ หรือการเปลี่ยนตัวแปรทางปัญญาก็เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม โดยตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญา กลุ่มสนับสนุนจัดเป็นสิ่งเร้าที่เข้าไป กระทำต่อกระบวนการทางปัญญาของสมาชิก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ ความ คาดหวังที่มีอยู่เดิม กลายเป็นความคิด ความเชื่อ ความคาดหวังใหม่ ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกมาเป็น พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนไป

**4.5.2 กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social support group)** คือ การที่บุคคลตั้งแต่ ๒ คน ขึ้นไปมารวมกลุ่มทำกิจกรรมกันอย่างสม่ำเสมอในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ด้านสุขภาพ และช่วยเหลือสมาชิกในการหาวิธีการเพื่อดูแลสุขภาพร่วมกัน Janosik (1991 cited in Srikhachin, 2000) การทำกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนมาจากแนวคิดพื้นฐาน 2 ประการ คือ การสนับสนุนทางสังคมและกระบวนการกลุ่ม (Kinney, Mannerter & Carpenter, 1992) โดย กลไกของกลุ่มประกอบด้วย การให้ข้อมูลที่เป็นการสอนหรือแลกเปลี่ยนความรู้ต่างๆ รวมถึงการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิก Loomis (1979 cited in Kinney et al., 1992) จาก การทบทวนวรรณกรรมพบว่ากิจกรรมกลุ่มที่ใช้บรรเทาภาระการดูแล ควรประกอบด้วย การให้ ความรู้ การส่งเสริมเทคนิควิธีการแก้ปัญหา การฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด และการ สนับสนุนด้านอารมณ์ซึ่งแต่ละกิจกรรมจะสามารถช่วยลดภาระการดูแลได้ด้วยกลไกที่แตกต่างกัน การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนจะช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาความรู้และทักษะในการบรรเทาภาระการดูแล ส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองและผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เกิดการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหาซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิก ซึ่งวิธีการแก้ปัญหาเกิด จากประสบการณ์ตรงของสมาชิก ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ที่จะเลือกวิธีการในการแก้ไขปัญหาที่

เหมาะสมกับตนเอง (Kinney et al., 1992) นอกจากนี้การทำกลุ่มยังเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรู้สึกห่วงใย เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง การสร้างความหวัง เกิดกำลังใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง (Piper, 1993) อันจะเป็นการส่งผลให้ลดภาระการดูแลได้ในที่สุด

#### 4.5.3 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม

การดำเนินกิจกรรมกลุ่มจะมี การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ (Marram, 1978)

**ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (The Introductory Phase)** เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกับสมาชิกในกลุ่มและระหว่างสมาชิกด้วยกันผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับสมาชิกด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่น สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม โดยไม่ใช้ความคิดของตนเป็นเครื่องตัดสิน การประสานสายตาในระหว่างการสนทนา เป็นการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้ เมื่อมีความไว้วางใจ สมาชิกกลุ่มจะเต็มใจเปิดเผย ระบายความรู้สึก และประสบการณ์ของตน จะมีความมั่นใจในการให้ และรับความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ

**ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working Phase)** ระยะนี้สมาชิกมักจะมี ความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่ม มีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนมีปัญหา หาทางแก้ปัญหา และเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้ในการปรับปรุง แก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกรับรู้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้

**ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final Phase)** เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่ม จะต้องสรุปผลของประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม จะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้ประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางอกงามของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากใช้การประเมินด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่มแล้ว ยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากการประเมินของผู้อื่น บางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะ เช่น สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์เต็มที่จากการทำกลุ่มหรือไม่ สมาชิกรู้ว่าตนเองสามารถเผชิญปัญหาและจัดการชีวิตด้วยตนเองหรือไม่ เป็นต้น ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรบอกสมาชิกให้ทราบล่วงหน้า และในกรณีที่สมาชิกบาง

รายเกิดความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกของตนเองเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

#### 4.6 การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะช่วยให้ผู้ดูแลใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และอิทธิพลที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีความสำคัญมากกว่าการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของและแรงงาน มีผลการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะช่วยให้ผู้ดูแลใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับที่นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Antonovsky, 1982 ; Lazarus & Folkman, 1984) เครือข่ายทางสังคมมีผลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจากที่ถูกปฏิเสธไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การปฏิเสธจากเครือข่ายไม่ได้ได้รับการยอมรับเท่าที่ควร ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแยกตัวจากสังคมอยู่อย่างหละหลวมๆ ซ่อนๆ ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวในการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคมตามมา ( Angell & Test, 2002) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตราความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.41$  ,  $P < 0.01$ ) ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขควรนำหลักการสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลที่อยู่ในความดูแล โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์และข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความเครียดเกิดขึ้นสูง เนื่องจากผู้ป่วยดังกล่าวรักษาไม่หายขาด บางรายต้องรักษาตลอดชีวิต บางครั้งครอบครัวจึงเกิดความเครียด ความวิตกกังวล หากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาให้ถูกวิธี จะนำไปสู่การเกิดปัญหาด้านอื่นๆตามมาได้ซึ่งการยอมรับทางสังคม การได้รับความรักความสนใจเอาใจใส่ การให้ความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและชุมชนนั้นเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความเครียด ช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับบุคคล ช่วยทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับ ความเครียดได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวหรือเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความสามารถในการปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตในชุมชนได้ดีกว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (Clinton et al., 1998)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรซึ่งมีความครอบคลุมความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่

มนุษย์ต้องการจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ร่วมกับการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มสนับสนุนทางสังคมเพื่อหวังผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการ สนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งน่าจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น และลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลงได้

## 5. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

จากแนวคิดและทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมขึ้นด้วยการประยุกต์ จากกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาของ Chou et al. (2002) ในการทำกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมี 8 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ ระบายอารมณ์ความรู้สึกในการทำบทบาทผู้ดูแล พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยทางจิต ทักษะการแก้ปัญหาทางอารมณ์ การดูแลตนเองและส่งเสริมทัศนคติที่ดีในบทบาทผู้ดูแล การประเมินศักยภาพตนเอง การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร การทบทวนประเมินผล ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ร่วมกับการดำเนินการ โดยใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนตามแนวคิดของ Marram (1978) จำแนกเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุดกิจกรรมโดยพัฒนาโปรแกรมให้ประกอบด้วยกิจกรรมที่ดำเนินการ จำแนกเป็น 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ซึ่งครอบคลุมประเด็นต่างๆ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพและการแก้ไขปัญหาการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน และ การอภิปรายกลุ่มและยุติกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองเป็นรายกลุ่ม ดังนี้

กิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใหม่	แนวคิดหลัก	รายละเอียด
<b>ขั้นตอนที่ 1</b> การสนับสนุนด้านอารมณ์ <b>กิจกรรมที่ 1</b> การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมทัศนคติที่สิ้นการทำบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support )</b> คือ การแสดงออกถึงการยกย่องให้ความรักไว้วางใจ เอาใจใส่ดูแล ให้กำลังใจ ห่วงใย สอบถาม รับฟังความรู้สึก	การสร้าง สัมพันธภาพ และทำให้ผู้ดูแลยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลตนเอง

กิจกรรมในโปรแกรมที่ พัฒนาขึ้นมาใหม่	แนวคิดหลัก	รายละเอียด
<b>กิจกรรมที่ 2</b> การพัฒนาทักษะ ผ่อนคลายความเครียด	<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)</b> คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความ ไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล	การให้ ข้อมูล วิธี ผ่อนคลาย ความเครียด และเลือกใช้วิธีคลาย เครียดด้วยตนเอง ได้ โดย มีการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและ กันและฝึกทักษะคลายเครียดร่วมกัน
<b>ขั้นตอนที่ 2</b> การสนับสนุนด้าน การประเมินค่า <b>กิจกรรมที่ 3</b> การเผชิญความ เครียดอย่างมีประสิทธิภาพและ ฝึกทักษะแก้ไขปัญหา	<b>การสนับสนุนด้านการ ประเมินค่า ( Appraisal Support )</b> คือ การให้ข้อมูล เกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือ นำข้อมูลที่มีอยู่ มาใช้ ประเมินตนเอง เช่น ประเมิน ค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรม ที่เป็นปัญหา การเผชิญ ความเครียดอย่างมี ประสิทธิภาพ และฝึกทักษะ ในการแก้ปัญหา โดยนำ ข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่ มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับ ปัญหา	การ แลกเปลี่ยนปัญหาที่พบใน การดูแล การประเมินค่าสถานการณ์ หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและ เลือกใช้ ทักษะในการเผชิญ ความเครียดอย่างมี ประสิทธิภาพ ร่วมกับฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา โดยใช้เหตุผล
<b>ขั้นตอนที่ 3</b> การสนับสนุนด้าน ข้อมูลข่าวสาร <b>กิจกรรมที่ 4</b> การให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็น ปัจจุบัน	<b>การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร(Informational Support)</b> คือการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และให้ข้อมูลที่ แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็น การให้ความช่วยเหลือโดยตรง ต่อบุคคลในการจัดการกับ สถานการณ์นั้นๆ	การ แลกเปลี่ยนถึงความเข้าใจ ของตนเองในความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา ยาทางจิต เวช อาการเตือนก่อนการกำเริบ ผู้วิจัยสรุปประเด็นและเสริมความรู้ ที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน



กิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใหม่	แนวคิดหลัก	รายละเอียด
<p><b>ขั้นตอนที่ 4</b> การสนับสนุนด้านทรัพยากร</p> <p><b>กิจกรรมที่ 5</b> การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน</p>	<p><b>การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support )</b></p> <p>คือ การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน แรงงาน เวลา ช่วยปรับปรุง สิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชน รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของการให้บริการ</p>	<p>การ แลกเปลี่ยนถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่และเคยได้รับจากชุมชนและผู้วิจัยให้ข้อมูลแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p>
<p><b>กิจกรรมที่ 6</b> สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทบทวนความรู้ และทักษะที่ได้รับไปในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด</p>	<p>สรุปประเมินผลการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มและกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978)</p>	<p>การให้ กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทบทวนความรู้และทักษะเกี่ยวกับกิจกรรมที่ดำเนินการมาทั้งหมดให้ การเสริมแรง การตอบปัญหาและเป็นที่ปรึกษาเป็นขวัญกำลังใจ</p>

จากการประยุกต์และบูรณาการแนวคิด/กิจกรรม ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมดังข้างต้นนำไปสู่โปรแกรมซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

### โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

#### ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธ์ภาพและเสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกัน โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยการให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกในกลุ่มและเพื่อสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง ทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ได้ระบายความรู้สึก ซึ่งการที่ได้รับการยกย่อง เห็นคุณค่า ไว้วางใจ ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอก

เห็นใจ และ การรับฟังจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน รวมทั้งผู้วิจัยให้ข้อมูลเรื่องบทบาทในการดูแลและภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่า และมีทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล จากการที่ได้รับการยกย่องจากสมาชิกกลุ่มทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ในการทำบทบาทผู้ดูแล และการรับฟังจากผู้ดูแลที่ โดยมีการให้ข้อมูลเรื่องบทบาทหน้าที่ในการดูแลและภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดการร่วมมือกันในการบำบัดรักษานำไปสู่การปรับตัวที่ดีในการดำเนินชีวิต

**ระยะเวลา 90 นาที**

### **กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด**

หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกันในการผ่อนคลายความเครียด เป็นทักษะที่จะช่วยให้บรรเทาความเครียดที่มีอยู่ในร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยรับรู้ว่าตนเองกำลังเครียดและหาทางผ่อนคลายความเครียด ผู้วิจัยสาธิตเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเองในแบบต่างๆ และให้สมาชิกในกลุ่มได้ฝึกปฏิบัติร่วมกัน โดยมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดชนิดต่างๆมาแนะนำในการฝึกปฏิบัติ เช่น การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดคลายเครียดระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา

**ระยะเวลา 90 นาที**

### **ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า**

**กิจกรรมที่ 3 การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพด้วยวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล**  
หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน โดยใช้กระบวนการเผชิญกับความเครียด อันประกอบด้วย การประเมินค่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลอย่างเหมาะสม การ ทบทวน แหล่งประโยชน์ ที่มีอยู่ซึ่งสามารถนำมาใช้ ในการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น และ การเลือกแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพด้วยวิธีการจัดการ กับปัญหา โดยใช้เหตุผล ด้วยเหตุนี้ ผู้ดูแลจะต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้เรื่ององค์ประกอบของกระบวนการเผชิญความเครียดดังกล่าว จนเห็น ความสำคัญ และตระหนักถึงประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถ หาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยใช้วิธีการแก้ไขปัญหาลได้อย่างสมเหตุสมผล ทั้งนี้ กระบวนการกลุ่มที่ใช้ในการพัฒนาทักษะเรื่องนี้ ทำให้สมาชิกกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงวิธีเผชิญความเครียดแบบต่างๆ จากผู้ดูแลคนอื่น ๆ นำไปสู่การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของวิธีการเผชิญในแต่ละแบบ อีกทั้งทำให้สมาชิกแต่ละคนได้ประเมินค่าและทบทวนประสบการณ์ของ

ตัวเองเปรียบเทียบกับของผู้ดูแลคนอื่นๆ ว่าตนได้มีการปฏิบัติในการเผชิญกับความเครียดอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ หรือ เป็นไปตามมาตรฐานสังคมหรือไม่ เพียงใด และ ควรวางแผนทางแก้ไขปรับปรุงตนเองอย่างไรต่อไป เพื่อให้สามารถเผชิญกับความเครียดในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ระยะเวลา 90 นาที**

### ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

#### **กิจกรรมที่ 4** การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน

หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยการร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มเรื่องความรู้เดิมเกี่ยวกับโรคจิตเภทและผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นเรื่องโรคจิตเภทแก่ผู้ดูแล เช่น สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค แนวทางการดูแลรักษา อาการข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวช อาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำและการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้องและสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน จึงลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ลดความเครียดและทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะทั้งด้านอัตรันัยและด้านปรนัยลดลง

**ระยะเวลา 60 นาที**

### ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร

#### **กิจกรรมที่ 5** การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน

หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยการที่สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่คิดว่ามีอยู่และตนเองได้รับจากชุมชน และผู้วิจัยให้ข้อมูลคำแนะนำถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น สถานที่ หน่วยงาน กลุ่มบุคคลและบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์ หน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ แนะนำให้ทราบถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลได้รับรู้และเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่สามารถ ใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เช่น หน่วยงานที่ให้บริการทางการแพทย์และหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น เงิน แรงงาน เวลา สิ่งของ และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ให้วิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งทรัพยากรดังกล่าวที่มีอยู่ในชุมชน ส่งผลให้การรับรู้ภาวะด้านปรนัยและด้านอัตรันัยลดลง

**ระยะเวลา 60 นาที**

## กิจกรรมที่ 6 สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม

หมายถึง กิจกรรมที่สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับไปในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด โดยการอภิปรายกลุ่มร่วมกันทบทวนความรู้ ข้อเสนอแนะเป็นการเสริมแรงซึ่งกันและกัน การร่วมกันตอบปัญหาและเป็นที่ปรึกษาเป็นขวัญกำลังใจระหว่างสมาชิกด้วยกันซึ่งเป็นการกระตุ้นการแนะนำ การเสริมแรง การตอบปัญหาข้อข้องใจ เป็นที่ปรึกษาเป็นขวัญกำลังใจ ร่วมเป็นเครือข่ายในการช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่ดำเนินการในครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ที่แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ ระยะสิ้นสุดกิจกรรม ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในทุกขั้นตอน และทุกกิจกรรม

## 6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในประเทศไทยนั้น พบว่ามีการศึกษาในเรื่องดังกล่าวน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในเรื่องของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท หรือในโรคทางฝ่ายกายมากกว่า การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในภาคกลางยังมีไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

### 6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปรารธนา บริจันทร์ (2535) ศึกษาเรื่อง การศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ญาติผู้ป่วยโรคจิตที่นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยใน ดึกขงโค ศรีตรัง และญาติผู้ป่วยที่มาติดต่อขอรับยาให้ผู้ป่วย ณ ดึกผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 90 คน โดยแบ่งออกเป็น 3 ดึก ๆ ละ 30 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2534 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2535 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความกังวลแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตด้านสังคมและเศรษฐกิจมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ญาติผู้ป่วยต้องหยุดกิจการงานประจำทุกวัน ต้องใช้เงินเพิ่มขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วย เสียกำลังสำคัญของบ้านในการหารายได้เข้าครอบครัว มีปัญหาเรื่องเงินที่จะนำผู้ป่วยมารับการรักษาทุกครั้ง และไม่ยอมให้ใครทราบว่าญาติป่วยเป็นโรคจิต

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงเจริญ (2535) ศึกษาเรื่อง “การต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนเพื่อแก้ไข

ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจนี้และญาติต้องการให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลจนกว่าจะหาย ร้อยละ 25.00 ไม่มีเวลา ไม่มีประสบการณ์การดูแลมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เบื่อหน่าย ร้อยละ 97.67 ญาติมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ร้อยละ 72.22 มีการวางแผนรับผู้ป่วยกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง แต่ญาติรู้สึกไม่พร้อมในการรับตัวผู้ป่วย ร้อยละ 42.59 และคาดว่าจะมีอุปสรรค ถ้าต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 99.07 ญาติต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมที่บ้าน ร้อยละ 38.84 และให้เจ้าหน้าที่ให้ความรู้ต่อเพื่อนบ้านให้มีทัศนคติที่ดีร้อยละ 18.79

สุรพล ไชยเสนาะ (2536) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว โดยศึกษาลักษณะทางครอบครัว ความรู้สุขภาพจิตเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการเปรียบเทียบในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวได้นานเกินกว่า 6 เดือนหลังการจำหน่ายกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยกลับเข้ามาับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังการจำหน่าย ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่มีโครงสร้างเป็นครอบครัวขยาย การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเป็นไปในทางดี รายได้พอมีพอใช้ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา มีความรู้สุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง เจตคติต่อผู้ป่วย จิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำและ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแลผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวได้นานเกินกว่า 6 เดือนหลังการจำหน่าย มีลักษณะโครงสร้างของครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของสมาชิก รายได้ ความรู้สุขภาพจิต เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแรงสนับสนุนทางสังคมดีกว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยกลับเข้ามาับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 6 เดือน หลังการจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัชนีกร อุปเสน (2541) ศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทครอบครัว ที่อาศัยในเขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 10 คน เป็นชาย 3 คน หญิง 7 คน อายุระหว่าง 51-60 ปี และเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อความหรือประโยคที่แสดงออกถึงกิจกรรม ความรู้สึกนึกคิดของญาติผู้ดูแลต่อประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงถึงบทบาท และภาระที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแล ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา โดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและสรุปนำเสนอในเชิงปริมาณ ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีบทบาทผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านตามการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป ส่วนการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยญาติผู้ดูแลแสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือ และบทบาทผู้จัดการดูแล และยังพบว่า ในบางครั้งญาติผู้ดูแลไม่แสดงบทบาทใด ๆ ส่วนภาระในการดูแลที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ของญาติผู้ดูแล พบภาวะในเชิงรูปธรรมคือ ในด้านการพักผ่อน สุขภาพกาย สุขภาพจิต และภาวะเศรษฐกิจ ส่วนในด้านปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับบุคคลอื่น ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ และความรู้สึกเป็นภาระในเชิงนามธรรม พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

สกวรัตน์ ฎษา (2543) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น 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 การระบายการให้ข้อมูล ความเกื้อกูล การได้รู้ความจริงของชีวิต และความหวัง

นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 สัปดาห์ มีผลทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สรินรัตน์ ตั้งหุรัตน์ ( 2544) ศึกษาเปรียบเทียบภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติและผู้ดูแลไม่ใช่ญาติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามคำแหงและโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 140 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาติ จำนวน 98 คน และผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ จำนวน 42 คน ผลการวิจัยพบว่า ภาระของผู้ดูแลที่เป็นญาติและไม่ใช่ญาติแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่สามารถอธิบายภาระของผู้ดูแลที่เป็นญาติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  คือ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยผู้ดูแลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย - ปานกลาง จะเกิดภาระมากกว่าผู้ดูแลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

สมคิด ตรีราภิ (2545) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 26 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบมีเงื่อนไข รูปแบบการทดลองเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัด 2 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าภาระการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รจนา ปุณโณทก (2550) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 111 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล และรายได้ของผู้ป่วย ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล คือ ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการของผู้ดูแล

## 6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

พรชัย จุลเมตต์ (2540) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์จากผู้วิจัย ผลการศึกษาพบว่า ภาระเชิงประนัยและภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง ภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าภาระเชิงประนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการพยาบาลไม่แตกต่างกัน แต่ภาระเชิงอัตนัยหลังได้รับการพยาบาลตามปกติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ มีภาระเชิงประนัยและภาระเชิงอัตนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศิริกานันท์ พงษ์ (2542) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 160 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน พบว่าด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำต่างๆ สูงกว่าด้านอื่น สำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พบมาก

ได้แก่ บุคลากรทางด้านสุขภาพ บิดามารดา พระหรือนักบวชตามลำดับ

ทิปประพิน สุขเขียว (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 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) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามลำดับ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร การยอมรับและเห็นคุณค่ากับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สรุปได้ว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะรับรู้ภาระการดูแลในระดับต่ำ

ดวงรัตน์ แซ่เตียว ( 2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพ กับภาวะสุขภาพ ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทหรือรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทหรือรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 180 คนที่ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอนพบว่า 1) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยอยู่ในระดับดีโดยในด้านภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดี และภาวะสุขภาพทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง 2) รายได้ของครอบครัวการเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 3) การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทหรือรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฑา พัฒนานิฉินันทร (2549) ศึกษาความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดไบโพลาร์ที่บ้าน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชสงขลา นครินทร์กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลา นครินทร์ มีจำนวน 108 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของไวส์ ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดไบโพลาร์โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาความต้องการการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดไบโพลาร์ มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการช่วยเหลือแนะนำ และการได้



เอื้อประโยชน์ช่วยเหลือผู้อื่นในระดับมาก ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ในระดับปานกลาง แสดงว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดไบโพลาร์ยังต้องการการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการได้เอื้อประโยชน์ช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำ ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพ จึงควรจัดให้มีการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมที่สอดคล้อง และตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล

### 6.3 งานวิจัยในต่างประเทศ

Magliano et al. (1998) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 236 ราย ซึ่งอาศัยอยู่ใน 5 ประเทศของทวีปยุโรป ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาระ อธิบายได้ว่า ครอบครัวจะมีการรับรู้ภาระในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคมและมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ และได้แนะนำว่าควรมุ่งเน้นการปฏิบัติการกับครอบครัวเพื่อเพิ่มการสร้างเครือข่ายทางสังคม และการลดความรู้สึกละเป็นตราบาป

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 งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การเผชิญความเครียด และภาระของผู้ดูแลในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย นั่นคือผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งรูปแบบของปฏิบัติการที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวคือ การใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาระเชิงอัตนัย นอกจากนี้ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลและเพศของผู้ดูแล ยังมีผลต่อการเผชิญความเครียดทางบวกของสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงและผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจะมีการเผชิญความเครียดในทางบวกมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อย ซึ่งระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนี้ยังมีผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้ภาระของผู้ดูแลอีกด้วย สำหรับอายุของผู้ดูแลนั้นพบว่า มีผลกระทบต่อภาระของผู้ดูแลเพียงเล็กน้อย

Chien, Chan & Morrissey (2007) ศึกษาเกี่ยวกับระดับการรับรู้การดูแลจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางสังคม ครอบครัวและภาวะสุขภาพ จำนวน 103 ครอบครัวที่คัดเลือกมาจากคลินิกจิตเวช 3 แห่งในฮ่องกง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีที่สุด

Wai-Tong Chan et al. (2007) ศึกษาการรับรู้การดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศจีน 203 ครอบครัว พบว่า ลักษณะประชากร สังคมและปัจจัยทางครอบครัว ภาวะสุขภาพ และการดูแลส่งผลต่อสุขภาพกาย จิต สังคม การเงิน การเพิ่มเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม ช่วยลดการดูแลได้ พบว่า ครอบครัวที่มีการรับรู้การดูแลสูง อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ไม่ดี สุขภาพไม่ดี และมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนทางสังคมน้อย การดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับรายได้ครอบครัวต่อเดือน จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมเป็น ปัจจัยทำนายการดูแลของผู้ดูแล

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

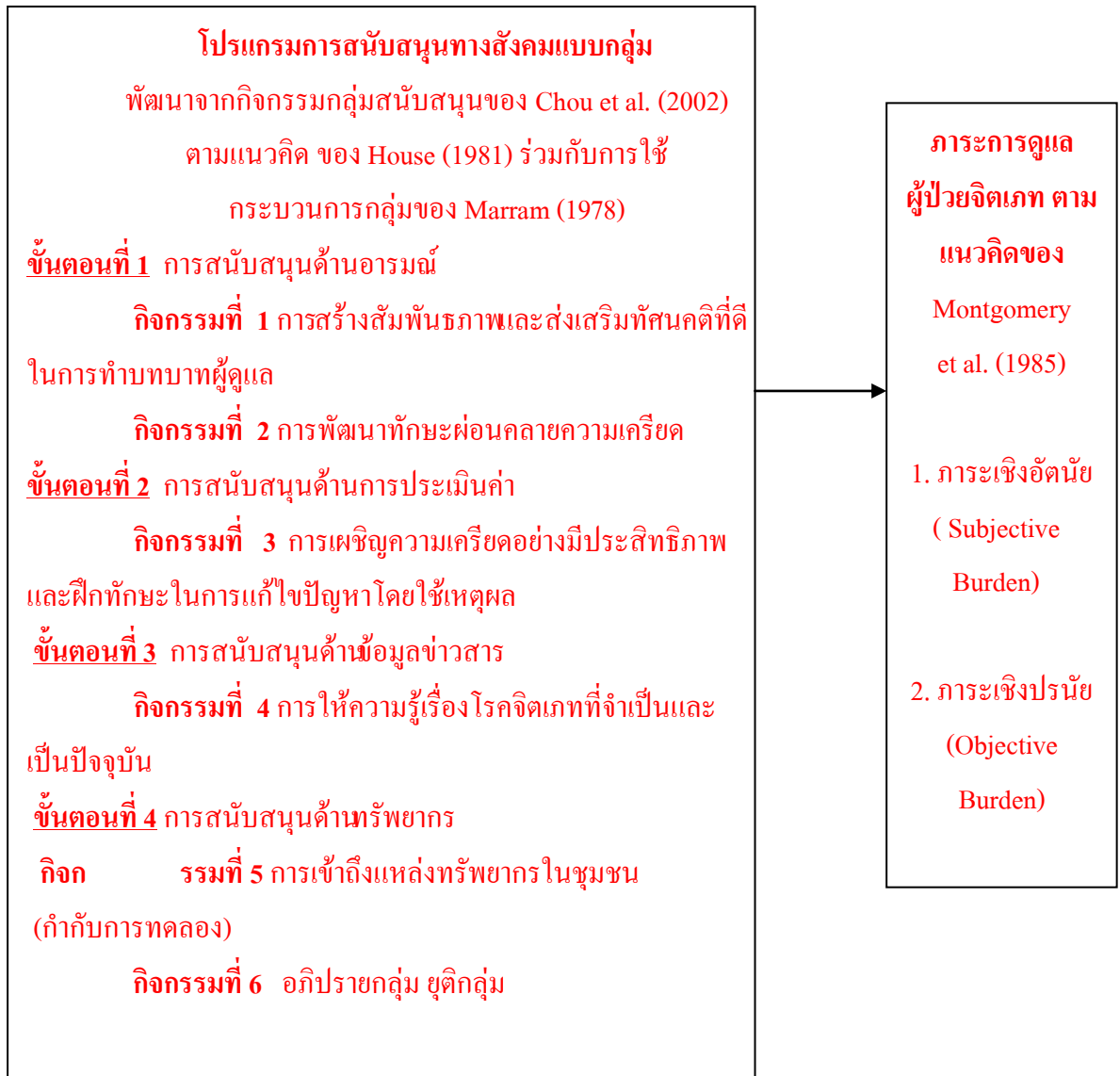
Yasuf, Nuhu and Akinbiyi (2009) ศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไนจีเรีย ร้อยละ 47.3 มีการรับรู้การดูแลในระดับสูง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลพบว่าส่วนใหญ่ยังไม่มีการลงรายละเอียดไปในเรื่องของการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ดังนั้นการนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มซึ่งพัฒนา มาจากกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนของ Chou et al. (2002)ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ House (1981) และใช้กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ถือเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถเพิ่มความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งส่งผลให้การรับรู้การด้านปรนัยและด้านอัตนัยลดลง (Setsuko Hanzawa, 2010) โดยคาดว่า การสนับสนุนทั้ง 4 ด้านตามโปรแกรมดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้การดูแลลดลง และลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980)

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มตามแนวความคิดภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden) ของ Montgomery et al. (1985) ที่กล่าวว่าภาระในการดูแลมีสองด้าน คือ ภาระเชิงอัตนัย หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อประสบการณ์การดูแล และ ภาระเชิงปรนัย หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการได้ดูแลและรับผิดชอบ ผู้ป่วยจิตเภท ในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลได้ รับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเคียดแค้น ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ดูแลมี ภาระ ทั้ง สองด้าน และโปรแกรมนี้ยังพัฒนามาจากกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนของ Chou et al. (2002) ที่พบว่าทำให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นสิ่งที่ช่วยบรรเทาหรือลดปัญหาและผลกระทบที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนของ Chou et al. (2002) พัฒนามาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม จากกรอบแนวคิดนำมาแสดงตามแผนภูมิได้ดังนี้

### กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดสองครั้ง (The pretest – posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

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

- O<sub>1</sub> หมายถึง การวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
- O<sub>2</sub> หมายถึง การวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
- X หมายถึง การใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
- O<sub>3</sub> หมายถึง การวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O<sub>4</sub> หมายถึง การวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่มาพบแพทย์ในคลินิกจิตเวช แผนกจิตเวช โรงพยาบาลของรัฐ

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 มาพบแพทย์หรือ มารับยาแทนผู้ป่วย ณ คลินิก ชีวีตใหม่ แผนกจิตเวช โรงพยาบาล ท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกดังนี้

## เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

### Inclusion Criteria

- 1) เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่ หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่ง ที่ อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท
- 2) เป็นผู้ให้ การ ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการ ดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือรางวัลใด ๆ
- 3) มีอายุระหว่าง 20-59 ปีทั้งชายและหญิง
- 4) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
- 5) มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้
- 6) มีคะแนนการดูแลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปโดยประเมินค่าคะแนนจากแบบวัดการะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของนพรัตน์ ไชยธานี (2544)
- 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

### Exclusion Criteria

- 1) ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากกรวิจัย

## การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจ ทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (Polit and Beck, 2004 อ้างถึงใน รัตนศิริ ทาโต, 2552) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 อำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 90.77 โดยได้นำค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) เรื่องผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 14 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มๆ ละ 20 คน รวมทั้งหมด จำนวน 40 คน

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาล ประจำคลินิกชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลท่าเรือเพื่อขออนุญาต สํารวจ รายชื่อ ผู้ป่วย ในทะเบียน ผู้ป่วย ในคลินิกจิตเวชโดยคัดเลือก เพิ่มประวัติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชพร้อมผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลมารับยาแทนตามข้อมูลที่มีการ

บันทึกไว้ในแฟ้มประวัติและโปรแกรมคอมพิวเตอร์และประเมินเบื้องต้นว่าผู้ดูแล มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ข้อที่ 1-5 ตามที่กำหนดหรือไม่

2. เมื่อพบผู้ดูแลที่มี คุณสมบัติ เบื้องต้นตามข้อที่ 1-5 ผู้วิจัยจะมา เข้าพบเป็นรายบุคคล ในวันที่แพทย์นัดตรวจและรับยา เนื่องจากคลินิกชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลท่าเรือจะมีจิตแพทย์มาออกตรวจรักษาเดือนละ 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยใช้เวลา 2 เดือนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนครบ 40 คน

3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ ( Control Extraneous Variables) (Mann, 2001) ซึ่งจากผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระยะเวลาในการดูแล (Bull, 1990, Boye et al., 1999) และความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว (ภรดี ไชยสิน, 2545, Left et al., 1987) เป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการรับรู้การดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการจับคู่ ( Matched - pair) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะดังกล่าวข้างต้นที่เหมือนกันเป็นคู่ๆ รวมจำนวน 20 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของจิราพร รักรการ (2549) เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ
3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของนพรัตน์ ไชยธานี (2544)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดย บูรณาการ จากรูปแบบ กิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาของChou et al. (2002) และแนวคิดการให้กลุ่มสนับสนุนทางสังคมของ House et al. (1981) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) โดยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎี รูปแบบของการให้กลุ่มสนับสนุนทางสังคมของ House et al. (1981) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล ฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ โดยได้ฝึกการทำกลุ่มบำบัดในสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยาและฝึกการทำกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนด้วยตนเอง ในขณะที่ปฏิบัติงาน

1.2 ค้นคว้าโดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาร่วมกับสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.3 สร้างโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มโดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์จากกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาของ Chou et al. (2002) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิด การสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ร่วมกับการดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนตามแนวคิดของ Marram (1978) จำแนกเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุดกิจกรรม จากนั้นจึงกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Informational Support) เพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการดำเนินกิจกรรมจะเป็นรายกลุ่มแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คนประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดังนี้

#### **ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)**

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล หมายถึง การดำเนินการกลุ่มในสัปดาห์ที่ 1 ตามขั้นตอนของกระบวนการกลุ่ม ระยะดังนี้

**ระยะสร้างสัมพันธภาพ** ผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัว และให้สมาชิกกลุ่มกล่าวแนะนำตัวเป็นรายบุคคลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อ สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเองและเพื่อให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**ระยะดำเนินการ** ผู้วิจัยให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกในกลุ่มและเพื่อสัมพันธภาพอันดีระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง ทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ได้ระบายความรู้สึก หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลและให้ข้อมูลถึงพฤติกรรมความคิดปกติต่างๆของผู้ป่วยนั้นมาจากพยาธิสภาพของโรคจิตเภท บางครั้งผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมแปลกประหลาด ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกว่า ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทและให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแล

**ระยะสิ้นสุดกิจกรรม** ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและทบทวนถึงบทบาทการเป็นผู้ดูแล ประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งความรู้สึกที่ได้ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปเป็นระยะตั้งแต่เริ่มต้นกลุ่มจนถึงสิ้นสุดการทำกลุ่มพร้อมนัดหมาย วันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป



**กิจกรรมที่ 2** การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด หมายถึง การดำเนินการกลุ่ม ในสัปดาห์ที่ 2 ตามขั้นตอนของกระบวนการกลุ่ม ระยะ ดังนี้

**ระยะสร้างสัมพันธภาพ** ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆ ไปกับสมาชิกและชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้โดยกิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้บรรเทาความเครียดที่มีอยู่ในร่างกายและจิตใจ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**ระยะดำเนินการ** ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลและการเจ็บป่วย วิธีการจัดการกับความเครียด และผลลัพธ์ที่ได้จากการนำวิธีนั้นไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ สาเหตุของความเครียด ผลกระทบจากความเครียด วิธีจัดการกับความเครียดในแบบต่างๆ และชี้ให้เห็นว่าระดับอันตัญญูเป็นผลกระทบด้านจิตใจ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนั้น สมาชิกกลุ่มควรหันกลับมาสนใจตัวเอง รับผิดชอบต่อตัวเองกำลังเครียดและหาทางผ่อนคลายความเครียดจากหนักเป็นเบา หรือสงบลงได้ ด้วยการฝึกให้สมาชิกจัดการกับปัญหาทางอารมณ์และใช้วิธีคลายเครียดได้โดยเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่สามารถนำมาปฏิบัติได้เองมีหลายอย่างได้แก่ การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดคลายเครียด เป็นต้น ผู้วิจัยสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเอง และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตามโดยให้มีการผลัดกันนวดของสมาชิกในกลุ่ม เป็นทักษะที่จะช่วยให้บรรเทาความเครียดที่มีอยู่ในร่างกายและจิตใจ ได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น

**ระยะสิ้นสุดกิจกรรม** ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลและการเจ็บป่วย วิธีการจัดการกับความเครียด เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งความรู้สึกที่ได้ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปเป็นระยะตั้งแต่เริ่มต้นกลุ่มจนถึงสิ้นสุดการทำกลุ่มพร้อมนัดหมาย วันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

## **ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)**

**กิจกรรมที่ 3** การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ และฝึกทักษะในการแก้ปัญหา หมายถึง การดำเนินการกลุ่มในสัปดาห์ที่ 3 ตามขั้นตอนของกระบวนการกลุ่ม ระยะ ดังนี้

**ระยะสร้างสัมพันธภาพ** ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆ ไปกับสมาชิกและชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมโดยกิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถประเมินศักยภาพตนเองในการทำบทบาทผู้ดูแล และนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลและสามารถประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา สามารถเลือกใช้วิธีการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินกิจกรรมออกเป็น 2 กิจกรรม ดังนี้

1) การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพให้สมาชิกเล่าถึงเหตุการณ์ ประสบการณ์ในการดูแลและการเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมที่ใช้จัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ รวมถึงผลลัพธ์ในการใช้วิธีการนั้น ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกและสรุปประเด็นถึงการประเมินค่า สถานการณ์นั้นว่ามีผลอย่างไรต่อตนเอง เช่น ถ้าประเมินว่าเหตุการณ์นั้นเป็นอันตรายหรือแก้ไม่ได้ (Harm & loss) จะทำให้มีความรู้สึกหดหู่ หมดหวัง ท้อแท้ การมองปัญหานั้นว่ามีส่วนดี เกิดความท้าทาย (Challenge) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี เช่น เป็นโอกาสทำให้ครอบครัวมา สนใจดูแลกันและกันมากขึ้น หรือการเลือกที่จะเพิกเฉย (Threat) ไม่สนใจต่อปัญหานั้น คิดว่าไม่ส่งผลใดต่อตนเอง โดยอาจมีการเบี่ยงเบนด้านอารมณ์โดยหากิจกรรมทำให้เกิดความเพลิดเพลิน เพื่อให้ลืมปัญหานั้นๆ แต่ปัญหานั้นไม่ได้หมดไป

2) กิจกรรมฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skills) ผู้วิจัยให้ ข้อมูลการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ในปัจจุบัน โดยใช้วิธีการแก้ไขปัญหาคืออย่าง สมเหตุสมผลพร้อมให้ข้อมูลป้อนกลับหรือให้การรับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติบอกให้ทราบ ถึงผลดีที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถประเมินค่าหรือศักยภาพเพื่อนำ ข้อมูลที่ตนเองมีอยู่มาใช้ในการเรียนรู้และ จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่าง เหมาะสม ผู้วิจัยให้คำแนะนำในเรื่องการประเมินค่าสถานการณ์นั้น จัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล ฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผลทั้ง 7 ขั้นตอน พร้อมให้ข้อมูลทางเลือกถึงวิธีการ จัดการอื่นๆที่มีประสิทธิภาพมาใช้ในการป้องกันปัญหาการดูแลโรคจิตเภท

**ระยะสิ้นสุดกิจกรรม** ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและทบทวนถึง ประสบการณ์ในการเผชิญกับปัญหาในการดูแลและการเจ็บป่วย ศักยภาพตนเองในการประเมินค่า สถานการณ์ การเผชิญความเครียด การจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล ประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้ง ความรู้สึกที่ได้ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปเป็นระยะตั้งแต่เริ่มต้นกลุ่มจนถึงสิ้นสุดการทำกลุ่ม พร้อม นัดหมาย วันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

### **ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)**

**กิจกรรมที่ 4** การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน หมายถึง การ ดำเนินการกลุ่มในสัปดาห์ที่ 4 ตามขั้นตอนของกระบวนการกลุ่ม ระยะ ดังนี้

**ระยะสร้างสัมพันธภาพ** ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องต่างๆไปกับสมาชิกและชี้แจง วัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมโดยกิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อให้ ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องสาเหตุ อาการ การดำเนิน โรคและแนวทางการดูแลรักษา บอกลักษณะอาการ

ข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต วิธีการดูแลเบื้องต้นจากอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต รวมถึงอาการเตือนก่อนการกำเริบซ้ำได้

**ระยะดำเนินการ** ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนถึงความเข้าใจของตนเองในความรู้ เรื่องโรคจิตเภทบอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้ เมื่อสมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์จบ ผู้วิจัยสรุปประเด็น เสริมความรู้โรคจิตเภทที่เป็นปัจจุบันและจำเป็น ซึ่งเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้อง และสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

**ระยะสิ้นสุดกิจกรรม** ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและทบทวนถึงกิจกรรมในครั้งนี้ มีการเรียนรู้ในเรื่องใดบ้าง ประโยชน์ที่ได้รับในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปเป็นระยะตั้งแต่เริ่มต้นกลุ่มจนสิ้นสุดการทำกลุ่ม พร้อมนัดหมาย วันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

#### ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

**กิจกรรมที่ 5** การพัฒนาทักษะ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน หมายถึง การดำเนินการกลุ่มในสัปดาห์ที่ 5 ตามขั้นตอนของกระบวนการกลุ่ม ระยะดังนี้

**ระยะสร้างสัมพันธภาพ** ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปกับสมาชิกและชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมโดยกิจกรรมนี้มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ดูแลทราบและเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆ ในชุมชนที่สามารถใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**ระยะดำเนินการ** ผู้วิจัยให้สมาชิกทุกคนผลัดกันเล่าแลกเปลี่ยนถึงแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆ ที่คิดว่ามีอยู่และตนเองได้รับจากชุมชน หลังจากนั้นอภิปรายกลุ่มร่วมกันว่ามีแหล่งประโยชน์ใดๆ นอกเหนือจากที่สมาชิกแต่ละคนกล่าวมาหรือไม่ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูล คำแนะนำถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น สถานที่ หน่วยงาน กลุ่มบุคคลรวมถึงบุคลากรที่ให้บริการทางการแพทย์ การขอความช่วยเหลือด้วยเบอร์ 669 หน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น เงิน แรงงาน เวลา สิ่งของ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้คำแนะนำถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสงเคราะห์จังหวัด เป็นต้น

**ระยะสิ้นสุดกิจกรรม** ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและทบทวนถึงกิจกรรมในครั้ง นี้ มีการเรียนรู้แหล่งทรัพยากรใดบ้าง ขอความช่วยเหลืออย่างไร ประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งความรู้สึที่ได้ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปเป็นระยะตั้งแต่เริ่มต้นกลุ่มจนสิ้นสุดการทำกลุ่ม

พร้อมกันให้สมาชิกทำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (กำกับการทดลอง) พร้อมนัดหมาย วันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

**กิจกรรมที่ 6 การอภิปรายกลุ่มและยุติกลุ่ม** หมายถึง การดำเนินการกลุ่ม ในสัปดาห์ที่ 6 ตามขั้นตอนของกระบวนการกลุ่ม ระยะดังนี้

**ระยะสร้างสัมพันธภาพ** ผู้วิจัยกล่าวทักทายพูดคุยเรื่องทั่วไปกับสมาชิกและชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกทบทวน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ทักษะต่างๆทั้งหมดที่ได้รับ และผลที่ได้รับหลังนำความรู้ ทักษะต่างๆที่ได้รับไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพร้อมร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาในอนาคต เป็นเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย การยุติกลุ่ม

**ระยะดำเนินการ** ผู้วิจัยให้สมาชิกทุกคนผลัดกันเล่าแลกเปลี่ยนทบทวนความรู้ ข้อมูล ทักษะต่างๆทั้งหมดที่ได้รับตาม โปรแกรมและผลที่เกิดขึ้นหลังนำไปปฏิบัติ โดยการที่สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นในหัวข้อเดียวกันหรือมีการแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองให้สมาชิกอื่นในกลุ่มได้รับรู้ร่วมกันเป็นการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยใช้ในการกระตุ้น แนะนำ เสริมแรง และร่วมกันอภิปรายถึงผลการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาในอนาคต เป็นที่ปรึกษาเพื่อเพิ่มความมั่นใจ รวมถึงการจัดตั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นเครือข่ายในการช่วยเหลือระหว่างผู้ดูแลด้วยกันเอง เป็นขวัญกำลังใจซึ่งกันและกันในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**ระยะสิ้นสุดกิจกรรม** ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและทบทวนถึงข้อมูล กิจกรรมทั้งหมดที่ได้เรียนรู้ สัมพันธภาพและทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล วิธีการผ่อนคลาย ความเครียด การประเมินศักยภาพตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหา ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน เรียนรู้แหล่งทรัพยากร การขอความช่วยเหลือ ประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งความรู้สึกที่ได้ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปเป็นระยะตั้งแต่กิจกรรมแรกจนถึงกิจกรรมสุดท้าย บอกถึงการสิ้นสุดเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม สิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกล่าวขอบคุณและยุติกลุ่ม

### การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย 1) แผนกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มและ 2) คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการศึกษาแล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม โดยการ

หาความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภท จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content Validity) และการใช้ภาษา

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับการใช้ภาษาโดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ใน 5 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมเพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหากิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

**กิจกรรมที่ 2** ใบความรู้ที่ 2/3 วิธีผ่อนคลายความเครียดมีเนื้อหาค่อนข้างมาก ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้กระชับและอ่านง่ายขึ้น รวมทั้งทำเป็นแผ่นพับวิธีการนวดคลายเครียดแยกออกมาต่างหาก เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย

**กิจกรรมที่ 3** ใบการบ้านฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ผู้ดูแลผู้ป่วยอาจจะลืมนำมาในครั้งหน้า ดังนั้นผู้วิจัยได้เน้นในการทำกิจกรรมว่าให้นำมาเพื่อใช้ทำกิจกรรมในครั้งหน้าเพื่อประเมินการแก้ปัญหาของผู้ดูแลระหว่างที่กลับไปดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

**กิจกรรมที่ 6** เนื้อหาการตั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจอธิบายถึงรายละเอียดตั้งแต่ในกิจกรรมที่ 5 เนื่องจากการตั้งกลุ่มผู้ดูแลก็คือเป็นแหล่งทรัพยากรในชุมชนด้วยเช่นกันเพื่อให้กิจกรรมที่ 6 ได้มีเวลาอภิปรายกลุ่ม สรุปผล และยุติกลุ่ม

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 กลุ่ม จำนวน 6 คน โดยดำเนินการจนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงอุปสรรคอื่นๆ อันอาจจะเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรม หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าใจในกิจกรรม ได้ดีแต่ผู้วิจัยต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจเพิ่มเติม โดยมีการใช้ภาพประกอบการอธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจมากขึ้น นอกจากนี้พบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษารั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของพรรัตน์ ไชยชำนาญ ( 2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อดังนี้

1) ภาวะเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การทำงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12

2) ภาวะเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด การประเมินภาวะจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด โดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

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

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาวะแต่ละประเภทแยกจากกันและภาวะโดยรวม ให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาวะในการดูแล สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของ ประคอง วรรณสูตร ( 2542) และ Best (1970) โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง มีภาวะในการดูแลมากที่สุด  
 คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง มีภาวะในการดูแลมาก  
 คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง มีภาวะในการดูแลปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง มีภาระในการดูแลน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง มีภาระในการดูแลน้อยที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดภาระของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาขึ้นโดย จิราพร รักการ (2549) และได้รับความเห็นชอบของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ซึ่งคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .84 ผู้ศึกษาไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

#### 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ จิราพร รักการ (2549) ไปตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ และทำการตรวจสอบคุณภาพโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลบ้านหม้อจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้หาความเชื่อมั่นของการตอบแบบวัด และการหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .84 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hungler, 1999)

#### 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ จิราพร รักการ (2549) 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

การคิดคะแนนทำได้โดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกันวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานพิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับโดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อแล้วแบ่งเป็น 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

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 5 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลอง ว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมี คะแนนเฉลี่ยรวมของการสนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลางขึ้นไป และหากภายหลังการประเมิน พบว่าผู้ดูแลคนใดมีคะแนนไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะพูดคุยกับผู้ดูแลคนนั้น เพื่อร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค ว่ายังขาดการสนับสนุนทางสังคมในด้านใด เพื่อสนับสนุนเพิ่มเติมในส่วนนั้นๆ จนกว่าผู้ดูแลคนนั้นจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนด

ซึ่งในการวิจัยครั้ง หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม (เสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5) ผู้วิจัยได้ทำการประเมิน การสนับสนุนทางสังคม ของตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ทั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ทุกคนมีคะแนนที่ได้จากการประเมิน การสนับสนุนทางสังคมผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นั่นคือมีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางขึ้นไป (2.50 – 5.00 คะแนน)

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

##### 1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาขึ้นโดย จิราพร รักรการ (2549) และได้รับความเห็นชอบของผู้เชี่ยวชาญแล้ว โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI)



เท่ากับ .84 ซึ่งในการนำมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือฉบับเดิมทั้งหมดมาใช้โดย ไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใดๆจึงไม่ได้ตรวจหาความตรงของเนื้อหา

## 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ จิราพร รักการ (2549) ไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือและทำการตรวจสอบคุณภาพโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลบ้านหม้อจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้หาความเชื่อมั่นของการตอบแบบวัดและคำนวณหาความเที่ยงของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สัมประสิทธิ์ อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .83 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit & Hungler, 1999)

### การดำเนินการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการ ศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ศึกษา ระยะดำเนินการทดลอง และ ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

#### 1. ระยะเตรียมการศึกษา

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้และฝึกทักษะโดยได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต และ ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการ อ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำ จากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลท่าเรือ

1.4 ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการวิจัย เตรียมสถานที่ โดยประสานงานกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลท่าเรือ เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาโดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการศึกษา วัน เวลา สถานที่

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัย เข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การ พิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานกับ คลินิก ชีวิตใหม่ โรงพยาบาลท่าเรือ เพื่อขอใช้สถานที่ในการดำเนินการทดลอง

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล แก่พยาบาล ประจำคลินิก ชีวิตใหม่ เพื่อขออนุญาต สืบหา รายชื่อ ผู้ป่วย ในทะเบียน ผู้ป่วยในคลินิก ชีวิตใหม่ โดยคัดเลือก แพ้ประวัติผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่คลินิก ชีวิตใหม่ พร้อม ผู้ดูแลหรือ ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลมารับยาแทนตามข้อมูลที่มีการบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติและ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ รวมถึงการสอบถามจากพยาบาลประจำคลินิกและประเมินเบื้องต้นว่าผู้ดูแลมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดข้อที่ 1-5 หรือไม่

1.7 เมื่อพบผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดข้อที่ 1-5 ผู้วิจัยจะมาเข้าพบผู้ดูแลเป็น รายบุคคล ในวันที่แพทย์นัดตรวจและรับยา เนื่องจากคลินิกชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลท่าเรือจะมี จิตแพทย์มาออกตรวจรักษาเดือนละ 1 ครั้งโดยผู้วิจัยใช้เวลา 2 เดือนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจน ครบ 40 คน

โดยครั้งที่ 1 ของการคัดเลือกมีแพ้ประวัติผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องมาพบแพทย์ตามนัด จำนวน 48 คน เข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดข้อที่ 1-5 จำนวน 25 คน โดยผู้วิจัยขอเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็น รายบุคคล ในวันที่แพทย์ออกตรวจและเริ่มสัมภาษณ์ขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรอพบแพทย์ที่หน้า ห้องตรวจ ในคลินิกชีวิตใหม่ เพื่อประเมินคุณสมบัติตามเกณฑ์พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์คัดเข้า หลังจากนั้นจึง ขอความร่วมมือ ในการเข้าร่วม การวิจัย โดยความสมัครใจและอธิบายในเรื่อง การพิทักษ์สิทธิ์ ของผู้เข้าร่วมวิจัยและให้ เซ็นยินยอม เข้าร่วม ในการวิจัยครั้งนี้ และ ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองพบว่า ระยะเวลาในการดูแล และความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว เป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อ การรับรู้การดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้ วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการจับคู่ ( Matched - pair) จากสองคุณลักษณะดังกล่าวข้างต้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติ ที่เหมือนกันเป็นคู่ๆ โดยในครั้งที่ 1 มีผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ จำนวน 20 คน จับคู่ได้ จำนวน 8 คู่ เหลือผู้ดูแลจำนวน 4 คนเพื่อนำ ไปจับคู่รวมกับผู้ดูแลจิตเภทในครั้งที่ 2

ในครั้งที่ 2 ของการคัดเลือกมีแพ้ประวัติผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องมาพบแพทย์ตามนัด จำนวน 55 คน เข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดข้อที่ 1-5 จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยขอเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็น รายบุคคล ในวันที่แพทย์ออกตรวจและเริ่มสัมภาษณ์ขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรอพบแพทย์ที่หน้า ห้องตรวจ ในคลินิกชีวิตใหม่ พบว่ามีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 23 คนที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ รวมกับครั้งที่ 1 ที่เหลืออีก 4 คนรวมมีผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ทั้งหมดจำนวน 27 คนและ

ใช้วิธีการจับคู่ (Matched - pair) ได้อีก จำนวน 12 คู่ เหลืออีก 3 คนที่จับคู่ไม่ได้ ผู้วิจัยจึงแนะนำถึง การพยาบาล ตามปกติที่ผู้ดูแลจะได้รับแม้ไม่ได้เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบ 20 คู่ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีจับสลากเพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 10 คู่และกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คู่ ( ดังตารางที่ 1 )

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

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

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน

## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

### 2.1 กลุ่มทดลอง

2.1.1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที จำนวน 6 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมด้วยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ทุกครั้ง ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองโดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และหลังเสร็จสิ้นการบำบัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม คือ หลังกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)

2.1.2 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

2.1.3 ผู้วิจัยประสานหัวหน้า คลินิกชีวิตใหม่ โรงพยาบาล ท่าเรือ เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ นำผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มในแต่ละครั้ง ดังนี้

ตารางที่ 2 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรม โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ณ คลินิก  
ชีวิตใหม่ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลท่าเรือ

กิจกรรม	กลุ่มที่/จำนวนสมาชิก	ว/ด/ป	เวลา
<b>ครั้งที่ 1</b> การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	1 ธันวาคม 54	เวลา 09.00-10.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	1 ธันวาคม 54	เวลา 13.30-15.00 น.
<b>ครั้งที่ 2</b> การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	8 ธันวาคม 54	เวลา 09.00-10.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	8 ธันวาคม 54	เวลา 13.30-15.00 น.
<b>ครั้งที่ 3</b> การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพและฝึกทักษะในการแก้ปัญหา	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	15 ธันวาคม 54	เวลา 09.00-10.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	15 ธันวาคม 54	เวลา 13.30-15.00 น.
<b>ครั้งที่ 4</b> การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	22 ธันวาคม 54	เวลา 09.00-10.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	22 ธันวาคม 54	เวลา 13.30-15.00 น.
<b>ครั้งที่ 5</b> การพัฒนาทักษะการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	29 ธันวาคม 54	เวลา 09.00-10.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	29 ธันวาคม 54	เวลา 13.30-15.00 น.
<b>ครั้งที่ 6</b> สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	5 มกราคม 55	เวลา 09.00-10.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	5 มกราคม 55	เวลา 13.30-15.00 น.

## โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

### ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์(Emotional Support)

ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย ความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยและยอมรับบทบาทผู้ดูแลอย่างเต็มใจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ดูแลสามารถ

1. มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ ุ้กับผู้ป่วยจิตเภทและมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง
2. บอกเหตุผลที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. บอกความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย
4. แสดงทัศนคติที่ดีต่อการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

**สาระสำคัญ** การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล เพื่อสร้าง แรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และให้ผู้ดูแลได้ ระบายความรู้สึก ที่เกิดขึ้นในการทำบทบาทผู้ดูแล โดยมีการให้ความรู้เรื่องบทบาทในการดูแลและภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อทำให้เกิดการร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

**สื่อการสอน/อุปกรณ์**

1. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบงานที่ 1/1 เหตุผลที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความคาดหวังหรือความต้องการที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบงานที่ 1/2 ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ใบความรู้ที่ 1/1 แนะนำโครงการ
5. ใบความรู้ที่ 1/2 ความรู้สึกและการรับรู้ภาระของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท
6. ใบความรู้ที่ 1/3 บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. คู่มือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

8. ดินสอ/ปากกา กระดาษ สำหรับผู้ดูแล

9. แผ่นภาพความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### การดำเนินกิจกรรม

#### 1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ

1.1 ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกโดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุน แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน และให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง

1.2 พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ โดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ

1.3 ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมในโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม กิจกรรมโดยย่อในแต่ละครั้ง ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามใบความรู้ที่ 1/1

#### 2. ระยะเวลาดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแล บอกถึงเหตุผลในการดูแลและความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ในการดูแล ตามใบงานที่1/1

2.2 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำใบงานที่1/2 เรื่องความรู้สึกที่มีต่อการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.3 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และอภิปรายเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามใบงานที่1/1และ1/2

2.4 ผู้วิจัยบอกให้ผู้ดูแลแต่ละคนทราบถึงระดับภาระการดูแลที่ผู้ดูแลได้ประเมินไว้ก่อนหน้าเข้าร่วมกิจกรรมว่าอยู่ในระดับใดและเกี่ยวเนื่องกับความรู้สึกที่มีต่อบทบาทการดูแลอย่างไร

2.5 ผู้วิจัยสรุปประเด็นและให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแล รวมถึงภาระการดูแลตามใบความรู้ที่1/2

2.6 ผู้วิจัยบรรยาย บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามใบความรู้ที่1/3

2.7 ผู้วิจัยพูดคุยให้เกิดทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของญาติในการทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.8 ผู้วิจัยอภิปรายร่วมกับ ผู้ดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลได้เข้าใจ ยอมรับ และ มีทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 3. ระยะเวลาสิ้นสุดกิจกรรม

3.1 ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปรายและการบรรยาย

3.2 นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่

## การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจน การซักถามปัญหาต่างๆ ระยะเวลาสัมพันธภาพ พบว่า สมาชิกทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน คือ สมาชิกกลุ่มมีความยินดีในการเข้าร่วมกิจกรรม สมาชิกส่วนใหญ่แสดงท่าทีเป็นกันเอง ยิ้มแย้มทักทาย และรู้สึกดีใจที่มีการทำกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม เป็นอย่างดี ผู้วิจัยได้แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกส่วนใหญ่บอกว่าดี มีประโยชน์อ่านเข้าใจง่าย สามารถนำไปใช้เป็นคู่มือ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรือเมื่อมีปัญหาได้ สมาชิก แสดงความคิดเห็น เล่าเรื่อง เหตุผลที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระบายถึงความคาดหวังหรือความต้องการ ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ตามใบงานที่ 1/1 ลักษณะสัมพันธภาพภายในกลุ่มส่วนใหญ่เป็นแบบเป็นกันเอง อบอุน มีความสงสาร เห็นใจผู้ป่วยและต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ มีสมาชิกบางคนที่มีความรู้สึก เครียด กังวลใจ หนักใจ โดยเฉพาะบิดา และมารดา ผู้ป่วยโดยกังวลว่า หากไม่มีตนเองแล้วใครจะดูแล ผู้ป่วยต่อไป ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก

*"รู้สึกสงสารและเป็นห่วงถ้าพ่อแม่ตายไป จะไม่มีใครดูแล"*

*"ถ้าพี่น้องเขาไปมีครอบครัวกันหมด พ่อแม่ก็แก่ตายแล้วใครจะดูแลเขา"*

มีเพียงบางคนที่สัมพันธภาพเป็นแบบห่างเหิน ต่างคนต่างอยู่ มีปากเสียงกันบ้าง โดยที่ ผู้ดูแลเป็นที่หรือน้องของผู้ป่วย ซึ่งจากการพูดคุยพบว่ามีสาเหตุมาจากการที่สมาชิกในครอบครัว บางคนมีทัศนคติทางลบกับผู้ป่วย มองว่าผู้ป่วยเป็นภาระในการดูแลและไม่ช่วยทำงานหาเงิน รวมทั้งไม่ช่วยงานบ้านต่างๆ และรู้สึกเบื่อหน่าย อายุที่มีญาติเป็นผู้ป่วยจิตเภท ดังตัวอย่างคำพูดของ สมาชิกที่บอกว่าสามีของตนพูดว่า

*"วันๆไม่ทำอะไรที่มีประโยชน์ เดินไปเดินมาทำตัวเป็นภาระคนอื่น"*

ส่วนสมาชิกอีกคนที่ เป็น โสดและดูแลผู้ป่วยที่เป็นน้องชายพูดว่า

*"พูดอะไรก็ไม่เชื่อ ยาก็ไม่กินแอบเอาไปทิ้ง ไม่อยากจะสนใจเขาแล้ว"*

ส่วนในด้านความคาดหวังหรือความต้องการที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท พบว่าส่วนมากต้องการให้ผู้ป่วย ช่วยเหลือและดูแลตนเองให้ได้

*"อยากให้เขาช่วยดูแลบ้านและช่วยเหลือตนเองได้แบบนี้ไปนานๆ เช่น อยู่บ้านก็ซักผ้า ล้างจาน"*

*"อยากให้เขากินยาเป็นประจำ อาการจะได้ไม่กำเริบ"*

แต่เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในช่วงของการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 6 ผู้ดูแลเข้าใจ ยอมรับ และมีทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสังเกตจากการพูดคุย บอกว่า สามารถ ยอมรับความคิดเห็นของผู้ป่วยมากขึ้น สมาชิก ผู้ดูแลบอกว่าจะเอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามความสามารถ



จากใบงานที่ 1/2 ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่สมาชิกช่วยกันกระตุ้นให้ สมาชิกด้วยกันเองบอกถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภททั้งด้านบวกและด้านลบ โดยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกทางด้านบวกกับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ รัก สงสาร เป็นห่วง ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกที่มีความรู้สึกด้านบวก ดังนี้

“รู้สึกสงสารลูกอยากให้เราดีขึ้นอยากให้เราไปเรียนไปทำงานได้เหมือนกับคนอื่น ๆ ”

“ฉันก็รักเขานะ ถึงเขาจะเป็นแบบนี้ ฉันก็คงต้องดูแลเขาต่อไป”

“ถึงอย่างไรเขาก็เป็นน้องฉัน ฉันก็รักและเป็นห่วงเขาเหมือนกันคงทิ้งเขาไม่ลงหรอกก็ต้องดูแลกันไปอย่างนี้แหละ”

แต่ก็มีสมาชิกกลุ่มบางคนที่มีความรู้สึกด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเภท เช่น เบื่อหน่าย เหนื่อยและท้อแท้ในการดูแล เนื่องจากดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน และผู้ป่วยบางคนก็ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือช่วยงานภายในครอบครัวได้เท่าที่ควรจึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ไม่รู้ว่าเป็นเวรเป็นกรรมอะไรหนักหนา เงินทองก็ไม่ค่อยจะพอใช้”

“มันเหนื่อยนะ เราทำงานอยู่คนเดียว ค่าใช้จ่ายในบ้านก็เยอะมบางที่อาการกำเริบก็วุ่นวายกันอีก”

“รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อใจนะ ทำไมต้องมาเกิดกับครอบครัวของเราด้วย ไม่รู้ไปทำกรรมอะไรไว้ ลูกถึงได้เป็นแบบนี้”

หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลและให้ข้อมูลถึงพฤติกรรมความผิดปกติต่างๆของผู้ป่วยนั้นมาจากพยาธิสภาพของโรคจิตเภท บางครั้งผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมแปลกประหลาด ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทและ สรุปลงให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย ความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยและยอมรับบทบาทผู้ดูแลอย่างเต็มใจ พยายามพูดคุย กระตุ้นให้ สมาชิก กลุ่ม เกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วย เกิดแรงจูงใจในการ ทำบทบาทหน้าที่ในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้ง ชี้แนะให้เห็นความสำคัญของตัวผู้ดูแลที่สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ดี โดยพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทหลายรายที่มีอาการดีขึ้นและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก็เป็นผลมาจากที่ผู้ดูแลได้ให้การดูแลเป็นอย่างดีผู้ป่วยจิตเภทจึงดีขึ้นได้ จากการทำให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันทำกิจกรรม พบว่าผู้ดูแลมีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอน สามารถสร้างความคุ้นเคยกับคนในกลุ่มได้มากขึ้น โดยประเมินจากการสนทนาท่าทางและความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม สมาชิกกลุ่มคนที่ ในช่วงแรกไม่ค่อยกล้าพูดหรือแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยจึงต้องคอยกระตุ้นให้ตอบ พบว่าผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เห็นใจและยอมรับผู้ป่วย มากขึ้น และให้ความร่วมมือ และมีแรงจูงใจในการ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี และให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลซึ่งการที่ได้รับการ

ยกย่อง เห็นคุณค่า ไว้วางใจ ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และ การรับฟัง จากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน

## กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความเครียดที่เผชิญอยู่ในปัจจุบัน มีความรู้ความเข้าใจในการเผชิญความเครียดและเลือกวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ดูแลสามารถ

1. ประเมินระดับความเครียดของตนเองได้
2. บอกถึงสาเหตุ อาการ แนวทางในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้
3. สาธิตย้อนกลับวิธีผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆได้

ระยะเวลา 90 นาที

**สาระสำคัญ** ความเครียดนั้นเป็นเรื่องที่มีกันทุกคนจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา การคิด และการประเมินสถานการณ์ของแต่ละคน ถ้าเราคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ร้ายแรง เราก็จะรู้สึกเครียดน้อย หรือแม้เราจะรู้สึกว่ายากหรือนั้นร้ายแรงแต่เราพอจะรับมือไหวเราก็จะไม่เครียดมาก แต่ถ้าเรามองว่าปัญหานั้นใหญ่ แก่ไม่ไหว และไม่มีใครช่วยเราได้ เราก็จะเครียดมาก การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบงานที่ 2/1 แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง
3. ใบงานที่ 2/2 วิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง
4. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้เกี่ยวกับความเครียด
5. ใบความรู้ที่ 2/2 วิธีการจัดการกับความเครียด
6. ใบความรู้ที่ 2/3 เทคนิควิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง
7. ดินสอ/ปากกา กระดาษ สำหรับผู้ดูแล

## 8. แผนพับความรู้เกี่ยวกับวิธีการนวดคลายเครียด

### การดำเนินกิจกรรม

#### 1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ

1.1 ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน

1.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดย ทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ

1.3 ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มในครั้งนี้ออกดลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ

#### 2. ระยะเวลาดำเนินการ

2.1 ให้ผู้ดูแลทำการประเมินความเครียดด้วยตนเองว่ามีความเครียดในระดับใด ตามใบงานที่ 2/1

2.2 ให้ผู้ดูแลบอกถึงวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเองตามใบงานที่ 2/2

2.3 มีการแลกเปลี่ยนถึงเรื่องความเครียดที่เกิดขึ้นในปัจจุบันวิธีการจัดการกับความเครียด และผลลัพธ์ที่ได้จากการนำวิธีนั้นไปปฏิบัติ

2.4 วิจัยสรุปประเด็นจากกลุ่มและให้ความรู้เพิ่มถึงสาเหตุของความเครียด อาการ วิธีการจัดการกับความเครียด แบบมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ตามใบความรู้ที่ 2/1 และ 2/2

2.5 ผู้วิจัยสาธิตเทคนิควิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองตามใบความรู้ที่ 2/3 และแผนพับ ได้แก่ การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดคลายเครียด และให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติตามในแต่ละวิธี

2.6 ผู้วิจัยสรุปประเด็น แนะนำให้ผู้ดูแลเลือกวิธีตามที่ตนเองถนัดตามคู่มือและแผนพับที่แจกให้ไปใช้ในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

#### 3. ระยะเวลาสิ้นสุดกิจกรรม

3.1 ผู้วิจัยสรุปประเด็นทั้งหมดที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี้

3.2 นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

### การประเมินผล

การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทั้งสองกลุ่มในครั้งนี้ โดยระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ มีการ นำเอาเรื่องราวของการเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 1 มาเป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และผลของการสร้างสัมพันธภาพในระยะนี้พบว่าสมาชิกทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันคือ สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจ กันมากขึ้น ซึ่งประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนา และสังเกตเห็นว่าสมาชิกกลุ่มเกิดความคุ้นเคย ประเมินผลพบว่า จากการที่ให้สมาชิกกลุ่มทำแบบประเมินและวิเคราะห์

ความเครียดด้วยตนเอง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติเล็กน้อย และปานกลาง มีสมาชิกกลุ่มที่ 1 จำนวน 3 คนสมาชิกกลุ่มที่ 2 จำนวน 2 คนที่เครียดอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้แล้วผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลสำรวจปัญหาที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาเรื่องผลข้างเคียงจากการรับประทานยาโรคจิตของผู้ป่วยจิตเภท เช่น ผู้ป่วยง่วงนอนไม่ยอมทำอะไรนอนทั้งวัน ปัญหาเรื่องอาการทางจิตที่คอยรบกวนผู้ป่วย เช่น อาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน ปัญหาเรื่องกิจวัตรประจำวัน เช่น ไม่ดูแลตนเอง ไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ปัญหาด้านเศรษฐกิจและรายได้ คือ เงินไม่พอใช้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ไม่ได้ทำงาน ทำให้รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายของครอบครัว และเป็นช่วงเวลาหลังน้ำท่วมพืชผลการเกษตรเสียหาย ทำให้ยิ่งลำบากมากขึ้น ปัญหาเรื่องการสื่อสาร เช่น ไม่กล้าพูดคุย ไม่กล้าว่ากล่าวตักเตือนกลัวผู้ป่วยจะเสียใจ น้อยใจ นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ เช่น ทะเลาะกับคนในครอบครัว เรื่องผู้ป่วย เป็นต้น ส่วนในงานที่ 2/2 วิธีการจัดการความเครียด ส่วนใหญ่ใช้วิธีที่เหมาะสมถูกต้องโดยวิธีการที่ใช้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีดังนี้

“เดินหนีไปเสียเวลาที่โมโห จะได้ไม่ต้องทะเลาะกับคนอื่น”

“ออกไปนอกบ้านไปตลาด ไปเดินซื้อของ จะได้ใจเย็นลงไม่ต้องมาทะเลาะกับคนในบ้าน”

แต่ก็มีสมาชิกบางคนที่เครียดแล้วไปทะเลาะกับผู้ป่วยจิตเภทโดยบอกว่าจิตใจไม่ไหวจริงๆตนเองกำลังเครียดแล้ว ผู้ป่วยมาช่วยโมโหก่อนมาต่อว่าตนเอง แต่หลังจากทะเลาะกันแล้วก็มาปรับความเข้าใจกันทีหลังเพราะรู้สึกผิดที่ไปทะเลาะกับแม่ที่ป่วย

ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการนำเสนอเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องความเครียดได้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดได้อย่างถูกต้องในหัวข้อต่างๆ เช่น สาเหตุ อาการ ผลกระทบของความเครียด ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังต่อไปนี้ สาเหตุของความเครียด:

“ความเครียดเกิดจากปัญหา ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การเจ็บป่วย น้ำท่วมไร่นา เงินไม่พอใช้ยังเป็นปัญหาที่แก้ไม่ได้ เช่น น้ำท่วมก็ยิ่งเครียดมาก”

อาการและผลกระทบของความเครียด:

“ผลของความเครียดต่อร่างกาย ทำให้ ปวดหัว นอนไม่หลับ มึนงง เวียนศีรษะ”

“บางทีก็ทำให้หงุดหงิด อารมณ์เสื่อง่าย โมโหง่าย ไม่อยากพูดกับใคร”

การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการฝึกการผ่อนคลาย เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้วพบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมและยินดีปฏิบัติตามที่ผู้วิจัยให้แผ่นพับและคู่มือไปใช้ โดยสมาชิกบอกว่ากิจกรรมนี้มีประโยชน์ สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้โดยดูจาก คู่มือและแผ่นพับที่แจกให้ไปใช้ในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

ทั้งนี้ผลลัพธ์ของการฝึกการผ่อนคลายความเครียด พบว่า ผู้ดูแลสามารถอธิบายถึงแนวทางการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ และสามารถบอกถึงประโยชน์ที่ตนเองได้รับจากการฝึกการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“หลังฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และผ่อนคลายด้วยหายใจแล้วรู้สึกโล่งๆ สบายใจขึ้น”

“ชอบมากหลังจากที่ผลัดกันนวดกดจุดคลายกล้ามเนื้อแล้ว รู้สึกสบายตัว หายปวดไหล่”

สำหรับกิจกรรมการฝึกการผ่อนคลายความเครียดที่ผู้ป่วยชื่นชอบ คือ การนวดกดจุดคลายเครียด โดยเฉพาะช่วงที่ให้สมาชิกกลุ่มผลัดกันนวดกดจุดเพื่อคลายกล้ามเนื้อ เพราะรู้สึกว่าการนวดได้รับการผ่อนคลาย มีความสบายตัว ความเครียดลดลง

ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้เลือกใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตน จากการซักถามในครั้งต่อมาพบว่า ผู้ป่วยมีการเลือกใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดอย่างถูกต้อง และสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ฉันทำทุกวันเวลาอยู่บ้าน ยิ่งเวลาเครียดมาก โมโหมากๆก็จะนั่งนวดคลายไหล่ ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น”

“หนูเอาไปนวดกดจุดให้กับสามีด้วยค่ะ เขาบอกว่ารู้สึกสบายตัว หายเมื่อยค่ะ เขาขอบคุณหนูด้วยค่ะ”

สำหรับกิจกรรมการฝึกการผ่อนคลายความเครียดที่ผู้ดูแลชื่นชอบ คือ การนวดกดจุดและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพราะรู้สึกว่าการนวดได้รับการผ่อนคลาย ความเครียดลดลง

## ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

มี 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพด้วยวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถเผชิญความเครียดที่เกิดจากการทำบทบาทผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ดูแลสามารถ

1. ประเมินค่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
2. นำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
3. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพได้
4. ใช้ทักษะในการเผชิญความเครียดด้วยการแก้ปัญหาที่สาเหตุได้

ระยะเวลา 90 นาที

**สาระสำคัญ** การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และ เกิดทักษะ ในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการเผชิญกับความเครียด อันประกอบด้วย การประเมินค่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลอย่างเหมาะสม การทบทวนแหล่งประโยชน์ ที่มีอยู่ซึ่งสามารถนำมาใช้ ในการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น และการเลือกแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพด้วยวิธีการจัดการ กับปัญหา โดยใช้เหตุผล ด้วยเหตุนี้ ผู้ดูแลจะต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้เรื่ององค์ประกอบของกระบวนการเผชิญความเครียดดังกล่าว จนเห็นความสำคัญ และตระหนักถึง ประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ในปัจจุบันโดยใช้วิธีการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล ได้อย่างสมเหตุสมผล ทั้งนี้ กระบวนการกลุ่มที่ใช้ในการพัฒนาทักษะเรื่องนี้ ทำให้สมาชิกกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงวิธีเผชิญความเครียดแบบต่างๆ จากผู้ดูแลคนอื่นๆ นำไปสู่การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของวิธีการเผชิญในแต่ละแบบ อีกทั้งทำให้สมาชิกแต่ละคนได้ประเมินค่าและทบทวนประสบการณ์ของตนเองเปรียบเทียบกับของผู้ดูแลคนอื่นๆ ว่า ตนได้มีการปฏิบัติในการเผชิญกับความเครียดอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ หรือ เป็นไปตามมาตรฐานสังคมหรือไม่ เพียงใด และ ควรวางแผนทางแก้ไขปรับปรุงตนเองอย่างไรต่อไป เพื่อให้สามารถเผชิญกับความเครียดในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบงานที่ 3/1 ประเมินค่าของสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบงานที่ 3/2 วิธีจัดการและผลลัพธ์ของวิธีจัดการนั้นเป็นอย่างไร
4. ใบความรู้ที่ 3/1 ความรู้เกี่ยวกับการประเมินค่าสถานการณ์
5. ใบความรู้ที่ 3/2 วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
6. ใบความรู้ที่ 3/3 ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา
7. ดินสอ/ปากกา กระจาย สำหรับผู้ดูแล
8. ใบการบ้าน

#### การดำเนินกิจกรรม

##### 1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ

- 1.1 ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิก สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน
- 1.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดย ทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ

1.3 ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มในครั้งนี้อย่างชัดเจนในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ

## 2. ระยะเวลาดำเนินการ

แบ่งการดำเนินกิจกรรมออกเป็น 2 กิจกรรม

### 2.1 การเผชิญความเครียดในการทำบทบาทผู้ดูแล

2.1.1 ผู้ดูแลประเมินค่าของสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผ่าน มุมมองของตน ทบทวนแหล่งประโยชน์ที่มีรวมถึงพฤติกรรมที่แสดงต่อผู้ป่วย และผลที่ได้รับในลักษณะต่างๆ ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามใบงานที่ 3/1

2.1.2 ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนถึงแหล่งประโยชน์ที่มีรวมถึง แนวทาง วิธีการจัดการ กับสถานการณ์และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากวิธีการแต่ละวิธีที่ใช้ตามใบงานที่ 3/2

2.1.3 ผู้วิจัยสรุปประเด็นว่าผู้ดูแลมีการประเมินค่าสถานการณ์นั้นๆว่ามีผลอย่างไรต่อตนเองนำไปสู่ผลลัพธ์อย่างไรและตนมีความสามารถในการเผชิญความเครียดต่อสถานการณ์นั้นๆอย่างไร

2.1.4 ผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องการประเมินค่าสถานการณ์ที่เหมาะสมจะส่งผลถึงการทบทวนแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่การนำข้อมูลมาหาวิธีการแก้ปัญหาและมีผลต่อผลลัพธ์ที่ตามมาอย่างไร

2.1.5 บรรยายตามใบความรู้ที่ 3/2 วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เช่น วิธีการจัดการกับความเครียดด้วยการแก้ไขปัญหา หรือ การจัดการที่สาเหตุ

### 2.2 กิจกรรมฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล

2.2.1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลป้อนกลับ รับรอง หรือการบอกให้ทราบถึงผลที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเปรียบเทียบกับมาตรฐานสังคมและผู้ดูแลคนอื่นๆในกลุ่ม

2.2.2 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล 7 ขั้นตอน

2.2.3 ผู้วิจัยให้ใบงานการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลเป็นการบ้านนัดหมายมาส่งในการทำกิจกรรมครั้งหน้า

## 3. ระยะเวลาสิ้นสุดกิจกรรม

3.1 ผู้วิจัยสรุปประเด็นทั้งหมดที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี้

3.2 นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4

## การประเมินผล

การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทั้งสองกลุ่มในครั้งนี้อยู่ระยะสร้างสัมพันธภาพ มีการ นำเอาเรื่องราวของการเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 3 มาเป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และผลของการสร้างสัมพันธภาพในระยะนี้พบว่าสมาชิกทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน คือ สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจกันมากขึ้นมีการพูดจาหยอกล้อกันภายในกลุ่มโดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การ

สนทนา การสังเกตพฤติกรรมความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถาม ปัญหาต่างๆ พบว่า

### **กิจกรรมการเผชิญความเครียดในการทำบทบาทผู้ดูแล**

ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรมตามใบงานที่ 3/1 เรื่องประเมินค่าของสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าส่วนใหญ่สมาชิกกลุ่มจะประเมินค่าสถานการณ์ ทั้ง 3 แบบ ดังนี้ **แบบเป็นอันตรายหรือสูญเสีย** คือ ผู้ดูแลบอกว่าเขารู้สึกเสียใจและตกใจมากที่บุตรสาวคนเดียวของบ้านต้องมาป่วยเป็นโรคจิตเภท เพราะหวังว่าลูกจะเป็นที่พึ่งได้ในยามสูงอายุ แต่ตอนนี้ตนเองกลับต้องมาดูแลลูกสาว รู้สึกเศร้าใจ เสียใจเหมือนกับได้สูญเสียสิ่งที่มีค่าต่อตนเองและครอบครัวไป ดังนั้นในตอนแรกที่ทราบจึงปฏิเสธไม่ยอมรับว่าบุตรสาวป่วยและรู้สึกท้อแท้ หดหู่ หมดหวังในชีวิต จึงไม่ยอมบอกใครว่าบุตรของตนเองป่วยเป็นอะไร จนอาการกำเริบหนัก อาละวาดโวยวายจนต้องพาไปอยู่โรงพยาบาลและได้ทำการรักษาจนอาการเริ่มดีขึ้นจึงพอทำได้แต่ก็ยังรู้สึกเสียใจอยู่จนทุกวันนี้

**แบบเป็นอันตรายหรือมีภาวะคุกคามต่อชีวิต** คือ ผู้ดูแลรายหนึ่งบอกว่ารู้สึกตกใจมากที่ทราบว่าสามีของตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภทเพราะไม่ทราบว่าครอบครัวจะเป็นอย่างไรในเมื่อหัวหน้าครอบครัวมาป่วยแบบนี้ รู้สึกเครียด วิตกกังวลมาก นอนไม่หลับทั้งคืนในวันแรกที่รู้ หลังจากที่สามีป่วยตนเองและลูกๆลำบากมากตนเองก็ต้องหางานพิเศษทำมากขึ้น ลูกๆก็ต้องช่วยกันทำงานบ้าน โดยก่อนที่สามีจะป่วยทุกคนในบ้านอยู่กันอย่างมีความสุขและสะดวก สบายกว่านี้มาก

**แบบเป็นอันตรายแต่ทำลาย มีโอกาสควบคุมได้** คือ ผู้ดูแลที่เป็นบุตร และภรรยาได้บอกถึงความรู้สึกในตอนแรกที่ทราบว่ามารดา บิดาหรือสามีของตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภทก็ตกใจ เสียใจ แต่มาคิดอีกทีก็ถือว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณที่เขาเหล่านั้นได้ดูแลเราในเวลาที่ผ่านมา บอกว่าคงต้องดูแลกันไปไม่ทอดทิ้งเหมือนครั้งที่เขาได้ดูแลตนเองมาก่อนหน้าที่จะป่วย บางรายบอกว่าก็ดีเหมือนกันรู้สึกว่าได้ใกล้ชิด ได้ดูแลกันและกันกับบุคคลในครอบครัวมากกว่าแต่ก่อน ตั้งแต่แม่ป่วยพี่น้องก็กลับมาเยี่ยมบ้านบ่อยครั้งขึ้น มีการมารวมญาติพี่น้องพาแม่ไปเที่ยวตามสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ ไปทำบุญทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวแน่นแฟ้นกว่าเดิม

ต่อมาผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนถึงแหล่งประโยชน์ที่มีรวมถึง แนวทางวิธีการจัดการ กับสถานการณ์และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากวิธีการแต่ละวิธีที่ใช้ตามใบงานที่3/2 พบว่า

**สถานการณ์ที่เกิดจากการดูแล** จะเป็นประเภทอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา หรือเป็นอารมณ์ ความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล เช่น

“บางครั้งก็เบื่อนะพวกมันไม่ค่อยรู้เรื่อง บอกอะไรก็ไม่ค่อยทำ ก็รู้ว่าเป็นอาการและผลข้างเคียงของยา แต่บางทีมันก็อดโมโหไม่ได้”



“เหนื่อยนะยิ่งเราอยู่กันสองคนต้องคอยดูแลกันตลอดทั้งวันแบบนี้ บางทีก็อยากจะไปไหนๆกับใครเขาบ้างก็ทำไม่ได้”

“รู้สึกเสียใจ เสรว้าใจอยู่นะ บางวันนั่งมองเขาแล้วก็คิดไปว่าเวรกรรมอะไรกันหนอถึงเป็นแบบนี้ เมื่อก่อนอยู่กันก็มีความสุขดี เขาไม่น่าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดเลย”

ส่วนแหล่งประโยชน์ ที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอยู่และกล่าวถึงได้แก่ ญาติพี่น้อง คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. หมออนามัย ผู้นำชุมชน กลุ่มเครือข่ายทางสังคมต่างๆ เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรี ฯลฯ ที่สามารถช่วยเหลือในการระบายนับฟังปัญหาและช่วยหาทางแก้ไข เป็นสิ่งเสริมแรงที่จะแก้ไขปัญหาลงมือได้

วิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแล สมาชิกส่วนใหญ่จะจัดการกับปัญหาโดยใช้วิธีจัดการกับอารมณ์ของตนเองมากกว่า เช่น คิดบวก คิดในทางที่ดี หาทางระบายอารมณ์ ดังนี้

“คิดว่าการที่เราได้ดูแลแม่แบบนี้เราก็จะได้นุญ ได้ทำสิ่งดีเป็นบุญติดตัวเราเองไปไหนมาไหนไม่เคยลำบาก มีคนคอยช่วยเหลือตลอดคิดว่ามาจากผลบุญที่เราได้ดูแลบุพการี”

“เคยไปฟังพระท่านมาเวลาไปปฏิบัติธรรมก่อนหน้าที่เขาจะป่วย ก็พอจะรู้ว่าเราจะเตรียมตัว เตรียมใจ ทำจิตเราให้ไม่เครียดเราถึงจะดูแลเขาได้ดีและมันจะเป็นผลบุญกับเราด้วย”

“ยังดีที่มีญาติเป็น อสม. เขาก็ช่วยเราในการพาไปรักษา พาไปรับยา ก็มีเขานี้แหละไว้คอยปรับทุกข์เวลาเครียดๆ”

แต่ก็มีสมาชิกบางส่วนที่ใช้วิธีค้นหาปัญหาที่ทำให้เกิดสถานการณ์นั้นๆและหาทางแก้ไข ปัญหาที่สาเหตุ เช่น

“ช่วงแรกที่มาดูแลเขา เราก็เครียดที่เขาไม่เชื่อฟัง นอนทั้งวัน หรือบางทีก็วันวายเดินไปมา หิวน้ำทั้งวัน บ่นปากแห้งคอแห้ง เดินกินอยู่นั่นแหละ ก็เลยไปปรึกษากับหมออนามัย เขาก็แนะนำให้ไปเล่าเรื่องให้พยาบาลที่คลินิกจิตเวชฟัง ก็เลยรู้ว่าเป็นอาการของ โรคและอาการข้างเคียงของยาที่กินอยู่ เขาก็แนะนำวิธีการดูแล และให้ยาแก้แพ้มา อาการก็ดีขึ้น”

ผลลัพธ์ที่ได้ สมาชิกส่วนใหญ่บอกว่าตนเองสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย และทำให้เกิดความเครียดได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ เพราะรู้ว่าตนเองต่างก็มีแหล่งประโยชน์ทั้งที่เป็นบุคคล และสถานที่ ที่สามารถจะไปขอรับการช่วยเหลือได้ หลังจากจัดการกับสถานการณ์นั้นได้แล้วตนเองก็จะรู้สึกดี ส่วนผู้ป่วยที่ตนเองดูแลก็สามารถดำรงชีวิต ช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น

หลังจากที่ผู้ดูแลได้ช่วยแก้ไขปัญหามากมายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้แล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกใบการบ้านฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาให้สมาชิกกลุ่มเพื่อกลับไปทำระหว่างอยู่ที่บ้าน จะได้ทราบว่าการกลับไปทำการแก้ปัญหามากมายที่พบด้วยการใช้ทักษะการแก้ไขปัญหานั้นด้วยเหตุผลแล้วผลลัพธ์เป็นอย่างไรนำมาแลกเปลี่ยนกันและนำไปการบ้านมาส่งในการพบกันเพื่อทำกิจกรรมในครั้งหน้า

### ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support)

#### มี 1 กิจกรรม ดังนี้

#### กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นเรื่องโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ดูแลสามารถ

1. บอกถึงความหมาย อาการ การดำเนินโรค การรักษาของโรคจิตเภท
2. บอกถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวชและการดูแล
3. บอกถึงอาการเตือนก่อนป่วยซ้ำและการดูแลเบื้องต้น

ระยะเวลา 60 นาที

**สาระสำคัญ** การให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นเรื่องโรคจิตเภท เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยการร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มเรื่องความรู้เดิมเกี่ยวกับโรคจิตเภทและผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นเรื่องโรคจิตเภทแก่ผู้ดูแล เช่น สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค แนวทางการดูแลรักษา อาการข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวช อาการเตือน ที่พบบ่อยก่อนการป่วยซ้ำและการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้องและสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน จึงลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ลดความเครียดและทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะ ทั้งด้านอัตรายและด้านประนัยลดลง รวมถึงการที่ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา วิธีการบริหารจัดการเรื่องยาและอาการข้างเคียงส่งผลกระทบต่ออาการของผู้ป่วยและลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ (Magliano and Fiorillo, 2007)

#### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 อาการและการรักษาของโรคจิตเภท
2. ใบงานที่ 4/2 อาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตและการดูแลเบื้องต้น
3. ใบงานที่ 4/3 อาการเตือนก่อนป่วยซ้ำ
4. ใบความรู้ที่ 4/1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท
5. ใบความรู้ที่ 4/2 ความรู้เรื่อง การใช้ยาทางจิตเวชและอาการข้างเคียง

6. ใบความรู้ที่ 4/3ความรู้เรื่องอาการเตือนและการป่วยซ้ำ
7. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
8. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

### การดำเนินกิจกรรม

#### 1.ระยะสร้างสัมพันธภาพ

- 1.1 ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน
- 1.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดย ทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ
- 1.3 ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ดูแลทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ

#### 2.ระยะดำเนินการ

- 2.1 ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนถึงความรู้เรื่อง โรคจิตเภทเช่น สาเหตุ อาการ รักษา ตามใบงานที่ 4/1
- 2.2 ผู้วิจัยสรุปประเด็นและ บรรยาย ความรู้เรื่อง ความหมาย อาการ การดำเนินโรค การรักษาที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นของโรคจิตเภทตามใบความรู้ที่ 4/1
- 2.3 ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนถึงความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ลักษณะอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่พบบ่อยและการดูแลเบื้องต้นตามใบงานที่ 4/2
- 2.4 ผู้วิจัยสรุปประเด็นและ บรรยายถึง อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต วิธีการดูแลเบื้องต้น ตามใบความรู้ที่ 4/2
- 2.5 ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนถึงความรู้เรื่องอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำหรืออาการกำเริบที่พบตามใบงานที่ 4/3
- 2.6ผู้วิจัยสรุปประเด็นและบรรยายความรู้เรื่องอาการเตือนและการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทตามใบความรู้ที่ 4/3

#### 3.ระยะสิ้นสุดกิจกรรม

- 3.1 ผู้วิจัยสอบถามความรู้ ความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ได้รับรู้ในกิจกรรมครั้งนี้
- 3.2 นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 5

### การประเมินผล

การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทั้งสองกลุ่มในครั้งนี้ โดยระยะสร้างสัมพันธภาพ มีการ นำเอาเรื่องราวของการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3 มาเป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยให้แลกเปลี่ยนถึงการที่นำใบการบ้านฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยใช้ทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้

เหตุผล 7 ขั้นตอน พบว่าสมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจในการแก้ปัญหาที่สาเหตุโดยใช้เหตุผลมากขึ้น และผลลัพธ์ที่ได้ก็เป็นที่น่าพอใจกับทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเองดังนี้

“เมื่อก่อนเวลาสามีเครียด หงุดหงิด โวยวายฉันก็จะเดินหนีไปไม่ทะเลาะด้วย หรือออกไปทำกิจกรรมอื่นๆ พอเขาเงียบ จึงค่อยเข้าไปหาไปคุยกับเขา แต่หลังจากนำไปการบ้านไปทำ ฉันก็พูดกับเขาดีๆ ว่าเป็นอะไรถึงหงุดหงิด ใครทำอะไรให้ไม่พอใจ และบอกเขาไปตามตรงว่าเราไม่ยอมให้เขาเสียงดัง ลูก หลานมันตกใจ กลัวกันหมดแล้ว ไม่พอใจอะไร อยากได้อะไรก็พูดกัน บอกกันดีๆ เขาก็สงบลงและยังบอกอีกว่าก็แค่อยากมีคนมาพูดด้วยบ้าง บางครั้งไม่มีใครมาคุยมาเล่นกับเขาเลย หลานๆก็วิ่งหนีกัน ส่วนฉันก็เดินหนีเขา เมื่อเขาบอกแบบนี้ ฉันนะแทบร้องไห้เลย เพราะไม่เคยคิดว่าเขาจะคิดได้มากขนาดนี้ เห็นแต่เขาบอกว่าคนป่วยด้วยโรคจิตจะไม่คิด ไม่รับรู้ แต่สำหรับสามีฉันมันไม่จริงเลย เขาดีขึ้นมา เขารับรู้ คิดได้มากอย่างที่เราไม่เคยนึกถึงมาก่อนเลย ฉันก็เลยเรียกลูกและหลานมาเล่าให้ฟังว่าพ่อเขา ตาเขาคิดแบบนี้นะ ให้ทุกคนช่วยกันดูแลเขา ทุกคนก็เข้าใจ ดูแล เอาใจใส่เขามากขึ้น หลานๆก่อนไปโรงเรียนและกลับมาจากโรงเรียนก็เข้าไปไหว้ สวัสดี พูดกับเขามากขึ้น สภาพในบ้านดีขึ้นมาก ทุกคนมีความสุขมากขึ้น สามีก็ดีขึ้นไม่โวยวายเสียงดังเลยในช่วง4-5 วันมานี้”

และผลของการสร้างสัมพันธภาพในขณะนี้พบว่าสมาชิกทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน คือ สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจ กันมากขึ้น คู่กันเคยกันมากขึ้นมีการพูดคุยออกสื่อกัน เรียกชื่อเล่นกันภายในกลุ่ม และสังเกตเห็นว่าสมาชิกกลุ่มเกิด ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ และจาก การที่ให้สมาชิก ทั้งสองกลุ่ม ร่วมกันทำใบงาน และนำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท สมาชิกในแต่ละครอบครัวได้มีการพูดคุย และเล่าถึงวิธีการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ต้องบอกให้เขากินยาที่หมอสั่งให้ครบ อาการจะได้ไม่กำเริบ”

“ตอนไปปรึกษาให้เขาที่โรงพยาบาลหมอบอกว่าต้องเข้าใจว่าเขาป่วย ไม่ใช่คนบ้า ต้องพูดกับเขาดี ๆ อย่าดุ อย่าเสียงดังใส่เขา แล้วก็ต้องคอยดูให้เขากินยาตามที่หมอสั่ง”

“ก็ต้องคอยดูว่าเขามีอะไรผิดปกติ ถ้านอนไม่หลับ เดินไปเดินมา บ่นทั้งคืน ก็ต้องรีบพาไปหาหมอ เดี่ยวอาจจะวุ่นขึ้นมาจะยุ่ง”

สมาชิกได้นำเสนอแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบของผู้ป่วยซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการนอนไม่หลับ เดินไปเดินมา โวยวาย หูแว่วได้ยินเสียงคนด่าว่า พูดคนเดียว นิ่งซึม เห็นภาพหลอน เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ซึม ๆ ไม่พูดไม่จากับใคร หลบไปนั่งพูดอยู่คนเดียว ข้าวปลาไม่ยอมกิน”

“เขาบอกว่ามีคนมาด่าอยู่หน้าบ้านจะออกไปข้างนอกอย่างเดียวต้องพยายามห้าม

กัน เขาอยู่กับฉันแค่สองคน ฉันไม่เห็นจะได้ยินอะไรเลย”

“ไม่ยอมหลับ ยอมนอน เดิน ไปเดินมาทั้งคืนเลยบางทีหาย ไปจากบ้านเป็นวันๆ ไม่รู้ไปไหน”

หลังจากที่ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และบรรยายเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของโรค หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้นพบว่า หลังจากดำเนินกิจกรรมนี้ทำให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาและสามารถเลือกวิธีในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

นอนไม่เป็นเวลาหรือนอนทั้งวันไม่ทำอะไร

“ให้นอนกลางวันน้อย ๆ กลางคืนจะได้หลับได้ แล้วก็กินยาตามที่หมอสั่งให้ครบ”

“ก็ปลุกเรียกขึ้นมาให้อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน ถึงเวลาที่เรียกกินข้าวไม่อยากให้นอนทั้งวัน เดียวกลางคืนจะไม่ยอมนอน”

หงุดหงิด ก้าวร้าว ส่งเสียงดัง

“ก็ทำเฉยๆ ไปทำงานบ้านตามปกติไม่ไปต่อล้อต่อเถียงกับเขาเดี๋ยวเขาก็เงียบไปเอง

“พูดกับเขาดี ๆ ว่าต้องการอะไร โวยวายเรื่องอะไร ไม่เสียงดังใส่”

“ถ้าอะอะ อาละวาดมาก ๆ ก็ต้องคุยกันบ้าง ถ้าเอาไม่ไหวจริง ๆ ก็ต้องส่งโรงพยาบาล”

ไม่สนใจตัวเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยของตัวเอง

“ต้องคอยเตือนทุกวันให้ทำ ถ้าคือไม่ยอมซื้อฟิงก็พูดขู่ว่า ถ้าสกปรกจะไม่ให้ออกไปไหนไม่พาไปตลาด”

“ฉันเองก็ต้องทำงาน ไม่ค่อยมีเวลาบางครั้งก็ต้องปล่อยไปบ้าง ถ้ามีเวลาก็จะเตือนให้ทำ”

ไม่สนใจช่วยงานบ้าน

“ก็ต้องคอยบอกคอยสอนว่าทำแบบนี้ละๆ ให้เขาช่วยทำบ้าง เขาก็พอจะช่วยทำอะไรได้ก็ให้ทำไป แม้ไม่ดีเท่าเราก็งงคิดว่าไม่ทำเลย”

“ทำไปก็ไม่ได้เรื่อง ละอะเทอะ ต้องมาตามเก็บทีหลัง เหนื่อยเราเป็นสองเท่า บางทีก็เลยไม่ใช้ให้ทำอะไร ผู้ทำเองคิดว่าเหนื่อยทีเดียว”

ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต การรับประทานยาให้ต่อเนื่อง ตรงเวลา

“ฉันบอกเขาเสมอว่าต้องกินยาทุกมื้อ ทุกวันแล้วอาการจะได้ดีขึ้น ไม่ต้องไปนอนรพ.อีก เขาก็เชื่อบอกว่าไม่อยากไปนอนรพ.”

“ฉันตั้งนาฬิกาปลุกในมือถือ หากถึงเวลากินยาจะให้กินยาตามที่ตั้งเวลาไว้”

“ตอนที่กินยา เขาบอกว่าหิวน้ำบ่อย ปากแห้ง คอแห้ง ง่วงนอนตลอด เลยทำให้ไม่  
อยากกินยา”

“หมอบอกว่าต้องพูดกับเขาดีๆ อย่าดุ อย่าเสียงดังใส่เขา แล้วก็ค่อยๆ เตือนให้เขากินยา  
ตามเวลา อย่าขาดยา”

ระหว่างการดำเนินกิจกรรม สมาชิกให้ความสนใจซักถามผู้วิจัยเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท  
สาเหตุ อาการและการใช้ยารักษาโรคจิต เป็นอย่างดี หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า  
และให้ความรู้ทั่วไปเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา ความรู้เรื่องยา  
รักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา การดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษา  
โรคทางจิต สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท และการใช้ยารักษาโรคจิตมากขึ้น  
สามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้ พร้อมทั้งบอกว่าจะนำความรู้ที่ได้เพิ่มเติมใน  
กิจกรรมกลับไปดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเป็นระยะตั้งแต่เริ่มต้นกลุ่มจนถึงสิ้นสุด  
การทำกลุ่มพร้อมนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

#### ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrument Support)

มี 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รับรู้ถึงแหล่งทรัพยากรและวิธีการขอรับความ  
ช่วยเหลือจากแหล่งทรัพยากรที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆ ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ดูแลสามารถ

1. บอกถึงแหล่งทรัพยากรที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆ ในชุมชน
2. บอกหรือแสดงวิธี การขอรับความช่วยเหลือ และเกิด กลุ่มในการดูแลผู้ป่วย จิตเภท  
ระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ แหล่งทรัพยากรในชุมชนสำหรับผู้ดูแล ได้แก่ สถานที่ กลุ่มบุคคล ชมรมเครือข่าย  
ต่างๆ เป็นแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลซึ่งการรับรู้ถึง  
แหล่งทรัพยากรและวิธีการขอรับความช่วยเหลือเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความ  
ต้องการของตนเอง รวมถึงการสร้างกลุ่มผู้ดูแลและมีผลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการช่วยเหลือ  
จากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาค่าที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง มีการช่วยเหลือที่ดี

ระหว่างผู้ดูแลด้วยตนเอง ทำให้ไม่รู้สึกรู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อกับสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการที่ผู้ดูแลสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการแนะนำให้ผู้ดูแลรู้จักกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเป็นระยะตั้งแต่เริ่มต้นกลุ่มจนถึงสิ้นสุดการทำกลุ่มรวมทั้งให้ทำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพร้อมนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5/1 แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีในชุมชนและที่เคยได้รับการช่วยเหลือวิธีการขอรับความช่วยเหลือทำอย่างไร
2. ใบความรู้ที่ 5/1 แหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งช่วยเหลือด้านจิตใจในชุมชน
3. ใบความรู้ที่ 5/2 ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย
4. ใบความรู้ที่ 5/3 วิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ
5. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. ดินสอ/ปากกา กระดาษ สำหรับผู้ดูแล
7. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

### การดำเนินกิจกรรม

#### 1.ระยะสร้างสัมพันธภาพ

- 1.1 ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อ่อนน้อม แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน
- 1.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดย ทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ
- 1.3 ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ดูแลทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ

#### 2.ระยะดำเนินการ

- 2.1 ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่คิดว่ามีอยู่ทั้งในชุมชนและนอกชุมชน รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนนั้นๆ รวมถึงวิธีที่ไปขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ดังกล่าวตามใบงานที่ 5/1
- 2.2 ผู้วิจัยและผู้ดูแลอภิปรายกลุ่มร่วมกันว่ามีแหล่งประโยชน์ใดๆนอกเหนือจากที่สมาชิกแต่ละคนได้กล่าวมา
- 2.3 ผู้วิจัยให้ข้อมูล คำแนะนำถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 2.4 ผู้วิจัยให้ข้อมูลถึงวิธีการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ

### 3. ระยะสิ้นสุดกิจกรรม

3.1 ผู้วิจัยสรุปประเด็นและให้ทำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2 นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 6

### การประเมินผล

การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทั้งสองกลุ่มในครั้งนี้ โดยระยะสร้างสัมพันธภาพ มีการ นำเอาเรื่องราวของการเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 4 มาเป็นแนวทางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และผลของการสร้างสัมพันธภาพในระยะนี้พบว่า สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจ กันมากขึ้น มีความเห็นอกเห็นใจกัน เป็นกำลังใจให้แก่กัน ซึ่งประเมินจากสีหน้า ท่าทาง และการบอกความรู้สึกของตนเอง ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรมความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ สมาชิกแลกเปลี่ยนข้อมูลกันถึงเรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เคยได้รับการช่วยเหลือหรือที่มีอยู่ในชุมชนของตนเองตามใบงานที่ 5/1 พบว่าหากสมาชิกมีปัญหาด้านสุขภาพ เจ็บป่วยไม่มากก็จะไปใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในหมู่บ้าน โดยไปหาอสม. ไปพูดคุยปรึกษากันได้ ถ้าเป็นมากขึ้นมาอีกหน่อยก็ไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานีนามัยเดิม หากมีภาวะฉุกเฉิน เช่นถ้าผู้ป่วยที่ดูแลอาละวาดขึ้นมา ก็เรียกรถฉุกเฉินจากโรงพยาบาล รต1669 รถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล อบต.หรือรถของมูลนิธิก็ได้ ส่วนผู้ป่วยที่ทำบัตรผู้พิการแล้วผู้ดูแลก็จะไปขอความช่วยเหลือ รับเบี้ยยังชีพที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนอาศัยอยู่ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เวลาไม่สบาย ก็จะไปเอายาที่อนามัยจะ ใกล้เคียง สะดวกหน่อย เดินไปก็ได้ คนก็ไม่เยอะไม่ต้องรอนาน”

“ตอนนี้ก็พาถูกเอาไปให้หมออนามัยฉีดให้เดือนละครั้ง ไม่ต้องไปไกลถึงโรงพยาบาลก็สะดวกและใกล้ดี ใช้เวลาที่ไม่นานเพราะคนไข้ไม่เยอะเท่าไร”

“ตอนนี้ลำบากหลังน้ำท่วมก็ไม่มี รายได้อะไร ก็พอได้เบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุใช้ไม่พอใช้หรอกแต่ก็ดีกว่าไม่ได้เลย ลูกคนอื่นๆเขาก็ส่งมาให้บ้างก็ไม่มากเพราะเขาก็ลำบากเหมือนกัน”

“ยังดีที่เทศบาลเขาให้เบี้ยยังชีพทุกเดือนก็พอได้ใช้ไประหว่างรอรถส่งมาให้”

“เดี๋ยวนี้อบต.เขาก็มีรถพยาบาลฉุกเฉิน โทรไปหาเขาได้ เวลาไม่มีรถพาไปโรงพยาบาลก็เคยโทรเรียก เขาก็มาพาไปส่งโรงพยาบาลจะ ก็ใช้เบอร์โทรศัพท์เดียวกับของอบต.นั่นแหละจะ”

ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมเมื่อมีปัญหา และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน ได้แก่ การติดต่อเจ้าหน้าที่สถานีนามัย การไปพบแพทย์ตามนัด หรือเมื่อมีอาการฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือจากมูลนิธิ หรือโทรสายด่วน สุขภาพจิต 1323 , 1667 เป็นต้น



หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเป็นระยะตั้งแต่เริ่มต้นกลุ่มจนถึงสิ้นสุดการทำกลุ่ม พร้อมกับให้สมาชิกทำแบบวัด การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (กำกับการทดลอง)พร้อมนัดหมาย วันเวลา สถานที่ ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

#### **การกำกับการทดลอง**

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัด การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้เนื่องจากข้อคำถามในแบบวัด การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านในกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม ในโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคม แบบกลุ่ม โดยแสดงผลการกำกับการทดลอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง  
หลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม (n = 20)

คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม		
คนที่	ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ระดับ
1	3.42	ปานกลาง
2	3.12	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	4.23	สูง
11	3.21	ปานกลาง
12	3.68	สูง
13	3.56	สูง
14	4.21	สูง
15	3.37	ปานกลาง
16	3.68	สูง
17	3.42	ปานกลาง
18	4.85	สูง
19	3.32	ปานกลาง
20	3.53	สูง

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.85 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 97 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3.12 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 62.40 ซึ่งถือได้ว่าหลังใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ในระดับปานกลางขึ้นไป

## กิจกรรมที่ 6 การอภิปรายกลุ่มและยูติกกลุ่ม

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ทบทวนความรู้ความเข้าใจกับข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับและสรุปผลของการนำความรู้ไปปฏิบัติ รวมถึงสร้างกลุ่มการดูแลและเพื่อยูติกกลุ่ม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้ดูแลสามารถ

1. สรุปความรู้ทั้งหมดที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
2. สรุปผลของการนำความรู้ไปปฏิบัติ และร่วมกันวางแผนการให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป
3. ยูติกกลุ่ม

**สาระสำคัญ** การทบทวนความรู้ ข้อมูล ทักษะต่างๆ ทั้งหมดที่ได้รับ และนำไปปฏิบัติ ตามโปรแกรม ซึ่งกิจกรรมครั้งนี้เป็นเพียงการสิ้นสุดการพบปะกันอย่างสม่ำเสมอ แต่ความห่วงใย ความเอาใจใส่ และความต้องการที่จะเข้าใจ ดูแล สนับสนุนยังมีอยู่ โดยมี การกระตุ้น แนะนำ เสริมแรง การตอบปัญหาข้อข้องใจ ร่วมกันวางแผนต่อไป ในอนาคต การนัดหมายกิจกรรมกลุ่มผู้ดูแล รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเป็นขวัญกำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ดินสอ ปากกา กระดาษ สำหรับผู้ดูแล
3. แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### การดำเนินกิจกรรม

#### 1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ

- 1.1 ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่นสนใจในสมาชิกแต่ละคน
- 1.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดย ทักทาย พูดคุยเรื่องต่างๆ ไป
- 1.3 ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกทราบ ว่าเป็นการเข้ากลุ่มครั้งสุดท้าย ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้

#### 2. ระยะเวลาดำเนินการ

- 2.1 สมาชิกทุกคนแลกเปลี่ยน และทบทวนความรู้ ข้อมูล ทักษะต่างๆ ทั้งหมดที่ได้รับและผลที่เกิดขึ้นหลังนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.2 อภิปรายกลุ่มร่วมกันถึงผลการนำข้อมูลที่ได้รับ ไปปฏิบัติและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหในอนาคต

2.3 ตกลงร่วมเป็นเครือข่าย โดยจัดตั้งกลุ่มการดูแลในการช่วยเหลือระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยตนเอง โดยจัดทำทะเบียนสมาชิกและแลกเปลี่ยนที่อยู่เบอร์โทรศัพท์และนัดหมายมาพบกัน สองเดือนครั้ง

### 3. ระยะสิ้นสุดกิจกรรม

3.1 ผู้วิจัยสรุปประเด็น ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้ในการทำกิจกรรมทั้ง 5 ครั้งที่ผ่านมา และให้ทำแบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่มทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมยุติกลุ่ม

### การประเมินผล

ในกิจกรรมครั้งนี้ซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายสมาชิกทั้ง 2 กลุ่ม ได้มีการ ทบทวนกิจกรรม ปัญหา และการแก้ไขปัญหา หลังจากนำสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินการ ครั้งที่ 1-5 ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพและส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียดการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ และฝึกทักษะในการแก้ปัญหา การให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นเรื่องโรคจิตเภท การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ในชุมชน ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรมความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจน การซักถามปัญหาต่างๆ พบว่าสมาชิกกลุ่มมีความรู้และความเข้าใจมากขึ้น ตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดอภิปรายกลุ่มถึงการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้สมาชิกกลุ่มทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนด กิจกรรม ระยะเวลาที่จะมาทำกิจกรรมร่วมกัน การบันทึกข้อมูลต่างๆเพื่อจัดทำทะเบียนของสมาชิกกลุ่ม

สรุปได้ว่า กลุ่มเพื่อนดูแลเพื่อน จำนวนสมาชิก 20 คน นัดพบปะ พูดคุย ทำกิจกรรมร่วมกัน ทุกสองเดือน หลังจากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มทำแบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมกล่าวขอบคุณในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มในครั้งนี้

### 3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

#### กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนิน โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
2. ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับ การทดลองโดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ หลังกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการ ประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่า จะ นัดผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาพบในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง ( Post-test) ในระหว่างนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การให้บริการจากพยาบาลวิชาชีพ ประจำคลินิก ชีวิตใหม่ แผนก จิตเวช โรงพยาบาล ท่าเรือ ประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับ อาการข้างเคียงจากการยา วิธีการใช้ยาจิตเวช ให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม วิธีการคลายเครียด รวมถึง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือ พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ และแจ้งผลการประเมินภาวะในการดูแลหลังจากประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลท่าเรือซึ่งประกอบไปด้วย คณะกรรมการ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลท่าเรือแล้วผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่พยาบาลประจำคลินิกชีวิตใหม่เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยในคลินิกชีวิตใหม่โดยคัดเลือกจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกชีวิตใหม่พร้อมผู้ดูแลตามที่แพทย์นัดหมายไว้และประเมินว่ามีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ และหากพบว่ามีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์หลังจากประเมินแล้วจึงขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ และตอบคำถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ โดยแสดงให้ผู้ดูแลเห็นถึงการเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ ความยุติธรรม ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการแต่อย่างใด ระหว่างดำเนินการทดลอง หากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง หากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกเลิกได้โดยที่ไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

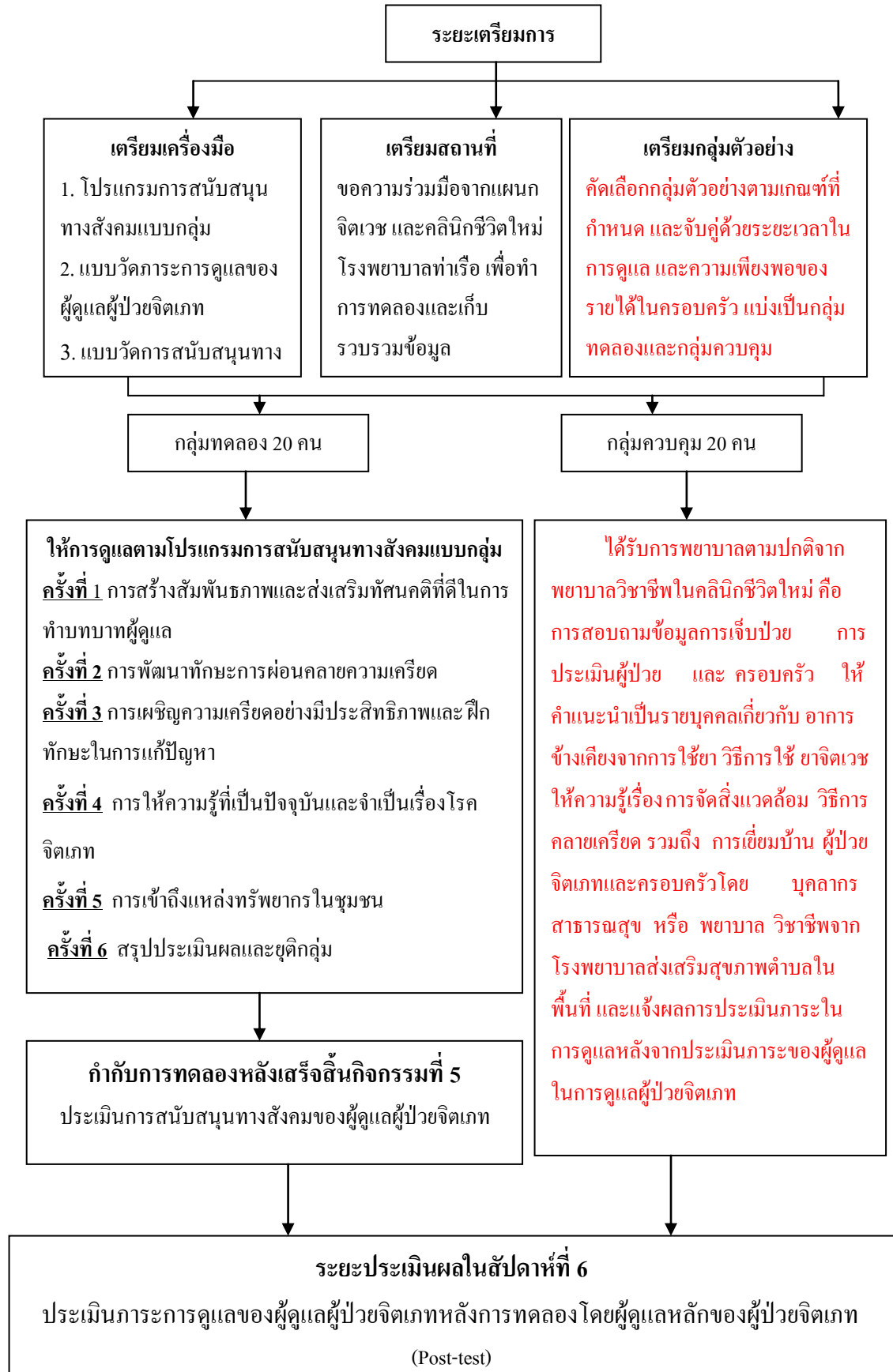
เท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้  
 ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่  
 หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและ  
 กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบ  
 Dependent t-test หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่  
 ได้รับโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ  
 ทดสอบ Independent t-test หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคม แบบกลุ่ม ต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดย เปรียบเทียบภาวะ ในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และเปรียบเทียบภาวะ ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบ กลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทาง จิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาล ท่าเรือ จังหวัด พระนครศรีอยุธยา จำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched - pair) ให้มี คุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความพอเพียงของรายได้ของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทแล้วถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัด คะแนนภาวะ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ( The Pretest –Posttest Control Group Design)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอ           นำเสนอสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำ บรรยาย โดยรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท   ทในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

**ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อน และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**



ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)		รวม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	4	20	4	20	8	20
หญิง	16	80	16	80	32	80
<b>อายุ</b>						
20-40 ปี	6	30	6	30	12	30
41-50 ปี	11	55	10	50	21	52.5
51-59 ปี	3	15	4	20	7	17.5
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	5	25	7	35	13	32.5
คู่	11	55	8	40	19	47.5
หม้าย	2	10	3	15	5	12.5
หย่า/แยก	2	10	2	10	4	10
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียน	0	0	2	10	2	5
ประถมศึกษา	10	50	7	35	17	42.5
มัธยมศึกษา	4	20	3	15	7	17.5
อนุปริญญา	2	10	2	10	4	10
ปริญญาตรี	3	15	5	25	8	20
ปริญญาโท	1	5	1	5	2	5

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากัน มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 และ 50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 55 และ 40 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 และ 35 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ ระยะเวลา ในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)		รวม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>						
ไม่มี	2	10	3	15	5	12.5
รับจ้าง	9	45	9	45	18	45.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5	1	5	2	5.0
ธุรกิจส่วนตัว	2	10	3	15	5	12.5
ค้าขาย	3	15	3	15	6	15.0
อื่น ๆ	3	15	1	5	4	10.0
<b>ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย</b>						
1-5 ปี	2	10	2	10	4	10.0
6- 10 ปี	4	20	4	20	8	20.0
11-15 ปี	5	25	5	25	10	25.0
16-20 ปี	8	40	8	40	16	40.0
มากกว่า 20 ปี ขึ้นไป	1	5	1	5	2	5.0
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท</b>						
บิดา/มารดา	10	50	11	55	21	52.5
สามี/ภรรยา	4	20	4	20	8	20.0
พี่น้อง	4	20	3	15	7	17.5
เครือญาติ	2	10	2	10	4	10.0

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 45 เท่ากัน สำหรับระยะเวลาในการดูแล พบว่าส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มเป็นบิดา/มารดาคิดเป็นร้อยละ 50 และ 55 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
ต่อเดือนและความเพียงพอของรายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 20)		กลุ่มควบคุม (n= 20)		รวม (n= 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลต่อเดือน</b>						
0 -2,000 บาท	2	10	2	10	4	10
2,001-4,000 บาท	3	15	2	10	5	12.5
4,001-6,000 บาท	4	20	5	25	9	22.5
6,001-8,000 บาท	5	25	7	35	12	30
มากกว่า 8,000 บาท	6	30	4	20	10	25
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	5	25	5	25	10	25
เพียงพอกับรายจ่าย	10	50	10	50	20	50
เพียงพอและเหลือเก็บ	5	25	5	25	10	25

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,001-8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนในด้านความเพียงพอของรายได้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มมีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายคิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม  
 ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง  
 (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) โดยรวมและรายด้าน

คนที่	คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ป่วย ภาระโดยรวมและรายด้าน						ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยรวมและรายด้าน		
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
	อัตรันัย	ปรนัย	รวม	อัตรันัย	ปรนัย	รวม	อัตรันัย	ปรนัย	รวม
1	3.25	3.17	3.21	2.25	2.00	2.13	1.00	1.17	1.08
2	2.83	2.83	2.83	2.33	2.08	2.21	0.50	0.75	0.62
3	2.83	2.50	2.67	2.50	1.83	2.17	0.33	0.67	0.50
4	2.83	2.67	2.75	2.25	2.17	2.21	0.58	0.50	0.54
5	2.92	3.08	3.00	2.42	2.33	2.38	0.5	0.75	0.62
6	2.25	2.83	2.54	2.25	2.33	2.29	0.00	0.50	0.25
7	3.08	4.08	3.58	2.5	3.17	2.83	0.58	0.91	0.75
8	3.50	3.67	3.58	2.92	3.17	3.04	0.58	0.50	0.54
9	3.08	2.75	2.92	2.5	2.00	2.25	0.58	0.75	0.67
10	3.33	4.08	3.71	2.42	2.75	2.58	0.91	1.33	1.13
11	2.33	3.42	2.88	2.33	1.92	2.13	0.00	1.50	0.75
12	3.92	3.67	3.79	1.67	1.42	1.54	2.25	2.25	2.25
13	3.33	2.17	2.75	2.42	1.92	2.17	0.91	0.25	0.58
14	2.83	2.5	2.67	1.67	1.25	1.46	1.16	1.25	1.21
15	3.00	3.00	3.00	3.00	2.67	2.83	0.00	0.33	0.17
16	3.08	2.5	2.79	2.67	2.17	2.42	0.41	0.33	0.37
17	2.83	2.58	2.71	2.5	2.25	2.38	0.33	0.33	0.33
18	2.75	2.92	2.83	2.42	2.17	2.29	0.33	0.75	0.54
19	2.92	3.00	2.96	2.25	2.5	2.38	0.67	0.50	0.58
20	2.67	2.75	2.71	1.75	2.33	2.04	0.92	0.42	0.67
$\bar{X}$	2.98	3.01	2.99	2.35	2.22	2.29	0.63	0.79	0.71
ระดับ	ปาน กลาง	ปาน กลาง	ปาน กลาง	น้อย	น้อย	น้อย	ลดลง	ลดลง	ลดลง

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 2.99, 2.98 และ 3.01 ตามลำดับ และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 2.29, 2.35 และ 2.22 ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยผลต่างของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 0.71, 0.63 และ 0.79 ตามลำดับ พบว่าภาระการดูแลก่อนการทดลองโดยเฉลี่ยทั้งอัตนัยและปรนัยอยู่ที่ระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ที่ระดับน้อย และหลังการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระเชิงอัตนัยลดลงจำนวน 1-7 คน เท่าเดิมจำนวน 3 คน มีภาระเชิงปรนัยลดลงจำนวน 20 คน และภาระโดยรวมลดลงทั้งหมด จำนวน 20 คน

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) โดยรวมและรายด้าน

คนที่	คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ป่วย ภาระโดยรวมและรายด้าน						ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยรวมและรายด้าน		
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม
1	3.33	3.42	3.38	3.08	3.17	3.13	0.25	0.25	0.25
2	2.50	2.75	2.63	2.58	3.00	2.79	-0.08	-0.25	-0.16
3	2.92	3.08	3.00	2.92	3.08	3.00	0.00	0.00	0.00
4	3.17	2.75	2.96	3.08	2.75	2.92	0.09	0.00	0.04
5	2.92	3.08	3.00	2.92	2.83	2.88	0.00	0.25	0.12
6	2.08	2.50	2.79	3.00	2.58	2.79	-0.92	-0.08	0.00
7	4.17	4.25	4.21	4.25	4.25	4.25	-0.08	0.00	-0.04
8	3.25	2.83	3.04	3.25	2.92	3.08	0.00	-0.09	-0.04
9	3.33	3.00	3.17	3.25	2.92	3.08	0.08	0.08	0.09
10	2.75	2.83	2.79	2.67	2.75	2.71	0.08	0.08	0.08
11	3.50	3.17	3.33	3.00	2.92	2.96	0.50	0.25	0.37
12	2.50	2.83	2.67	2.67	2.50	2.58	-0.17	0.33	0.09
13	3.00	3.17	3.08	3.00	3.00	3.00	0.00	0.17	0.08
14	3.17	3.42	3.29	3.33	3.25	3.29	-0.16	0.17	0.00
15	3.50	3.67	3.58	3.67	3.00	3.33	-0.17	0.67	0.25
16	3.50	3.25	3.38	3.33	3.33	3.33	0.17	-0.08	0.05
17	3.17	3.08	3.13	3.25	3.42	3.33	-0.08	-0.34	-0.20
18	3.50	3.42	3.46	2.92	3.25	3.08	0.58	0.17	0.38
19	3.08	3.17	3.13	3.33	3.33	3.33	-0.25	-0.16	-0.20
20	3.17	3.08	3.13	3.58	3.25	3.42	-0.41	-0.17	-0.29
$\bar{X}$	3.13	3.14	3.16	3.15	3.08	3.11	-0.03	0.06	0.04
ระดับ	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	เพิ่มขึ้น	ลดลง	ลดลง

จ ากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่ม ควบคุม ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย เท่ากับ 3.16,3.13 และ 3.14 ตามลำดับ และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย เท่ากับ 3.11,3.15 และ 3.08 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยผลต่างของภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย เท่ากับ 0.04, -0.03และ0.06 ตามลำดับ พบว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแล โดยเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมทั้งภาวะอัตนัยและปรนัยอยู่ที่ระดับปานกลาง เท่ากัน หลังการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะเชิงอัตนัยเพิ่มขึ้นจำนวน 9 คน ลดลงจำนวน 7 คน เท่าเดิมจำนวน 4 คน ภาวะเชิงปรนัยเพิ่มขึ้นจำนวน 7 คน ลดลงจำนวน 10 คน เท่าเดิมจำนวน 3 คน ภาวะโดยรวมเพิ่มขึ้นจำนวน 6 คน ลดลงจำนวน 11 คน เท่าเดิมจำนวน 3 คน

**ตอนที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการทดลอง

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

ภาระการดูแลผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามระยะเวลา	คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.			
<b>ภาระโดยรวม</b>					
ก่อนการทดลอง	2.99	0.45	-6.99	19	.00
หลังการทดลอง	2.29				
<b>ภาระเชิงอัตนัย</b>					
ก่อนการทดลอง	2.98	0.50	-5.55	19	.00
หลังการทดลอง	2.35				
<b>ภาระเชิงปรนัย</b>					
ก่อนการทดลอง	3.01	0.49	-7.06	19	.00
หลังการทดลอง	2.22				

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ( $\bar{X}$  = 2.29, 2.35 และ 2.22 ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ( $\bar{X}$  = 2.99, 2.98 และ 3.01 ตามลำดับ)



**ตารางที่ 10** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่ม ควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ภาระการดูแลผู้ป่วยโดยรวม และรายด้าน จำแนกตามระยะเวลา	คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.			
<b>ภาระโดยรวม</b>					
ก่อนการทดลอง	3.16	0.17	-1.08	19	.291
หลังการทดลอง	3.11				
<b>ภาระเชิงอัตนัย</b>					
ก่อนการทดลอง	3.13	0.31	.407	19	.688
หลังการทดลอง	3.15				
<b>ภาระเชิงปรนัย</b>					
ก่อนการทดลอง	3.14	0.23	-1.20	19	.243
หลังการทดลอง	3.08				

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่ม ควบคุมก่อนและหลัง การทดลอง ทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งภาระโดยรวมและภาระเชิงปรนัยหลัง การทดลอง ( $\bar{X}$  = 3.11 และ 3.08 ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อน การทดลอง ( $\bar{X}$  = 3.16 และ 3.14 ตามลำดับ) แต่คะแนนเฉลี่ยภาระเชิงอัตนัยหลังการทดลอง ( $\bar{X}$  = 3.13 ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X}$  = 3.15 )

**ตอนที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลัง  
การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

**ตารางที่ 11** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลัง  
การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนเฉลี่ยภาระ การดูแล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ก่อนการทดลอง	2.99	.376	ปานกลาง	19	-6.99	0.00
หลังการทดลอง	2.29	.375	น้อย			
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ก่อนการทดลอง	3.16	.356	ปานกลาง	19	-1.08	0.29
หลังการทดลอง	3.11	.355	ปานกลาง			

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = -6.99$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ในทางตรงกันข้ามพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่คะแนนก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มนี้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ออกแบบการทดลองเป็นแบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ต่ำกว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรที่ศึกษา** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่พาผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่ คลินิกจิตเวช แผนกจิตเวช โรงพยาบาลของรัฐ

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภทตาม ICD-10 ที่พาผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือ มารับยาแทนผู้ป่วย ณ คลินิก ชีวิตใหม่ แผนกจิตเวช โรงพยาบาล ท่าเรือจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกดังนี้ ดังนี้

#### Inclusion Criteria

- 1) เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่ หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่ง ที่ อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท

2) เป็นผู้ให้ การ ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการ ดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรง อย่าง สม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือรางวัลใด ๆ

3) มีอายุระหว่าง 20-59 ปีทั้งชายและหญิง

4) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้

5) มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้

6) มีคะแนนการดูแลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปโดยประเมินค่าคะแนนจากแบบวัด การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของนพรัตน์ ไชยธานี (2544)

7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

#### Exclusion Criteria

1) ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจ ทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) (Polit and Beck, 2004 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 อำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 90.77 โดยได้นำค่า คะแนนเฉลี่ยของการดูแลของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) เรื่องผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมาใช้ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 14 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ทำการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มๆ ละ 20 คน รวมทั้งหมด จำนวน 40 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์ จากกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาของ Chou et al. (2002) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) ร่วมกับการดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่ม สนับสนุน ตามแนวคิดของ Marram (1978) จำแนกเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุดกิจกรรม และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล เพิ่มระบบ สนับสนุนและเครือข่ายทางสังคมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ลดภาระการดูแลเชิงอัตนัย (Subjective Burden) ภาระเชิงปรนัย (Objective Berden) ได้ โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิง เนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบ

และความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 3 ท่าน โดยในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย กิจกรรมดำเนินการจำแนกเป็น 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรมดำเนินการในกลุ่มทดลอง 20 ราย เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด

### ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 3 การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพด้วยการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล

### ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support)

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นเรื่องโรคจิตเภท

### ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support)

กิจกรรมที่ 5 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน

กิจกรรมที่ 6 สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี ( 2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อดังนี้

1) ภาวะเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12

2) ภาวะเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด การประเมินภาวะ

จะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .84

**3. เครื่องมือกำกับการทดลอง** คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งใช้แนวคิดของ House (1980) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ตลอดเวลา ถึงไม่เป็นจริงเลย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทางวัตถุ การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลบ้านหม้อ จำนวน 30 ราย แล้วนำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์ อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ.83

### การดำเนินการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการศึกษา ระยะดำเนินการทดลอง และ ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

#### 1. ระยะเตรียมการศึกษา

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ และฝึกทักษะ โดยได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงใน โรงพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต และทำการศึกษาค้นคว้าตนเอง จากการทำหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำ จากอาจารย์ ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลท่าเรือ

1.4 ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการวิจัย เตรียมสถานที่ โดยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าเรือ เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการศึกษา วัน เวลา สถานที่

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัด พระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัย เข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช และผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัด พระนครศรีอยุธยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานกับคลินิกชีวิตใหม่ โรงพยาบาลท่าเรือ เพื่อขอใช้สถานที่ในการดำเนินการทดลอง

1.6 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ พยาบาล ประจำ คลินิกชีวิตใหม่ เพื่อขออนุญาต สืบหา รายชื่อ ผู้ป่วย ในทะเบียน ผู้ป่วย ในคลินิกจิตเวชโดยคัดเลือก เพิ่มประวัติผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชพร้อม ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลมารับยาแทนตามข้อมูลที่มีการลงไว้ในแฟ้มประวัติและ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ รวมถึงการสอบถามจากพยาบาลประจำคลินิกและประเมินเบื้องต้นว่าผู้ดูแลมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

1.7 เมื่อพบผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติเบื้องต้น ผู้วิจัยจะมา เข้าพบเป็นรายบุคคล ในวันที่แพทย์นัดตรวจและรับยา เนื่องจากคลินิกชีวิตใหม่ของโรงพยาบาลท่าเรือจะมีจิตแพทย์มาออกตรวจรักษา เดือนละ 1 ครั้งโดยผู้วิจัยใช้เวลา 2 เดือนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนครบ 40 คน โดยผู้วิจัยขอเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นรายบุคคลและเริ่มสัมภาษณ์ขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรอพบแพทย์ที่หน้าห้องตรวจ ในคลินิกชีวิตใหม่ เพื่อประเมินคุณสมบัติ โดยในครั้งที่ 1 ของการคัดเลือกมีผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาหรือมารับยาแทนจำนวน 48 คน เข้าเกณฑ์เบื้องต้นและไปพบผู้ดูแลเป็นรายบุคคลจำนวน 25 คน พบว่ามีผู้ดูแลจำนวน 20 คน ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ในครั้งที่ 2 มีผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาหรือมารับยาแทนจำนวน 55 คน เข้าเกณฑ์เบื้องต้นและไปพบผู้ดูแลเป็นรายบุคคล 30 คน พบว่ามีผู้ดูแลจำนวน 23 คน ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์หลังจากประเมินและขอความร่วมมือ ในการ เข้าร่วม การวิจัยโดยความสมัครใจและอธิบายในเรื่อง การพิทักษ์สิทธิ ของผู้เข้าร่วมวิจัย

1.8 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองพบว่า ระยะเวลาในการดูแล และความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว เป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการรับรู้การดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้ วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการจับคู่ ( Matched - pair) จาก สองคุณลักษณะดังกล่าว ข้างต้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่

เหมือนกันเป็นคู่ๆ รวมจำนวน 20 คู่ โดยในครั้งที่ 1 มีผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ จำนวน 20 คน จับคู่ได้จำนวน 8 คู่ เหลือผู้ดูแลจำนวน 4 คน ครั้งที่ 2 มีผู้ดูแล ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ จำนวน 23 คนรวมกับครั้งที่ 1 ที่เหลืออีก 4 คนรวมมีผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ทั้งหมด จำนวน 27 คนจับคู่ได้อีก จำนวน 12 คู่ เหลืออีก 3 คนที่จับคู่ไม่ได้ ผู้วิจัยจึงแนะนำถึงการพยาบาล ตามปกติที่ผู้ดูแลจะได้รับแม้ไม่ได้เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบ 20 คู่ (ดังตารางที่ 1) แล้วผู้วิจัยจึงใช้วิธีจับสลากเพื่อสุ่มเข้าเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 10 คู่ และกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คู่ หลังจากนั้นจึงนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างมารับทราบและเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มควบคุมถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ บริการซึ่งพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกชีวิตใหม่ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลท่าเรือดำเนินการ แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วย และครอบครัว ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการเตือน อาการข้างเคียงจากการยา วิธีการใช้ ยาจิตเวชให้ความรู้ เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม วิธีการคลายเครียด รวมถึง การเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวโดย บุคลากรสาธารณสุข หรือ พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม โดยดำเนิน กิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที จำนวน 6 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่ม ทดลองออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การ สนับสนุนทางสังคมด้วย โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มทุกครั้ง

2.3 การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเสร็จสิ้น กิจกรรมที่ 5

## 3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม ดังนี้

### กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนิน โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
2. ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับการ ทดลอง โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ หลังกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการ ประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ



**กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่า จะ นัดผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาพบอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 ที่คลินิกชีวิตใหม่ เพื่อขอประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ( Post-test) ในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การให้บริการจากพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกชีวิตใหม่ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลท่าเรือ ประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการเตือน อาการข้างเคียงจากการยา วิธีการใช้ยาจิตเวช ให้ความรู้เรื่อง การจัดสิ่งแวดล้อม วิธีการคลายเครียด รวมถึง การเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือ พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่และแจ้งผลการประเมินภาวะในการดูแลหลังจาก ประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะ ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะ ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะ ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัยลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาระในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

2. ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม มีภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาระในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ทดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุระหว่าง 41-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 55 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 50 มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 45 ระยะเวลาในการดูแล อยู่ในช่วง 16-20 ปีคิดเป็นร้อยละ 40 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่าเป็นบิดา/มารดาคิดเป็นร้อยละ 50 มีรายได้เพียงพอบริจาคัยคิดเป็นร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลต่อเดือนพบว่า ส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,001-8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 50 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นบิดา/มารดาซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรัก ความผูกพันของ บิดา/มารดา ที่คอยเป็นห่วงลูกเสมอ ที่สำคัญผู้ดูแลที่เป็นบิดา/มารดา จะมีทัศนคติที่ดี อดทน และเข้าใจผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Caqueo-Urizar et al. (2006) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาของผู้ป่วยจิตเภท และมีภาระการดูแลสูงที่สุด เนื่องจากเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยทุกสิ่งทุกอย่าง ถึงแม้ว่าจะแบ่งงานไปให้ผู้อื่นแล้วก็ตาม ซึ่งภาระการดูแลที่สูงนี้จะส่งผลกระทบต่อทางลบในทุกด้านของชีวิตผู้ดูแล

จากการทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างพบปัญหาทั้งในด้านของปัญหาจากตัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล คือ 1) ผู้ป่วยบางรายมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่นเดินตัวแข็ง น้ำลายไหล มือสั่น ทำให้ไม่ยอมรับรับประทานยา 2) ผู้ป่วยบางรายขาดการรับประทานยาต่อเนื่อง และมีอาการกำเริบรุนแรง เป็นครั้งคราว 3) ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน เช่น ไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลายวันติดต่อกัน บางรายเรียกร้องความสนใจด้วยการไม่ใส่เสื้อผ้า และถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะไม่เป็นที่ 4) ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ คือการแยกตัว ไม่ค่อยพูดคุย นอนทั้งวัน 5) ผู้ป่วยไม่ช่วยเหลืองานในครอบครัว ผู้ดูแลมักจะมองว่าอยากให้ผู้ป่วยอยู่เฉยๆ มากกว่า 6) ผู้ป่วยบางรายติดน้ำอัดลมและเครื่องดื่มบำรุงกำลังบางยี่ห้อต้องดื่มทุกวันๆละหลายขวด 7) สมาชิกครอบครัวบางรายไม่เข้าใจภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย มองว่าผู้ป่วยไม่ช่วยทำงานหาเงิน และชอบทำตัวมีปัญหา ไม่ช่วยทำงานบ้าน เกิดการทะเลาะกันบ่อยครั้ง ทำให้ ผู้ป่วยสมาชิกและผู้ดูแลมีความเครียด 8) ผู้ดูแลบางรายมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย และมีภาระจากค่าใช้จ่ายอื่นๆของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) ที่พบว่าผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หดหวัง รู้สึกวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยอาการทางจิตที่รุนแรงซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลอย่างไรถึงจะเหมาะสม ก่อให้เกิดความเครียด และเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต

การรับบทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยที่ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย ทำให้มีเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่น ๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง การพบปะเพื่อนฝูงลดลง ( Rungreangkulkit, 2001) และ สุวิมล สมัตตะ (2541) ที่พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยมักไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากครอบครัว ทำให้เป็นภาระที่หนักใจของครอบครัว ผู้ป่วยมักแยกตัว ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น มีปัญหาความคับข้องใจในครอบครัว และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดภาระการดูแลเพิ่มขึ้นในด้านค่าใช้จ่ายส่วนตัว และค่ารักษาอื่น ๆ รวมถึงการศึกษาของ มารศรี ปาณิวัตร (2548) ที่พบว่าปัญหาของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน คือ เรื่องการแยกตัว ไม่ช่วยเหลืองานในครอบครัว ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ในเรื่องการรักษา เกิดความเครียดเนื่องจากสังคมและชุมชนไม่ยอมรับ ญาติตำหนิ และไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญประภา มะลาไวซ์ (2550) ที่พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทคือ อาการกำเริบซ้ำ การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย การไม่รู้และไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค จิตเภท และการใช้สารเสพติด

สำหรับระยะเวลาในการดูแล อยู่ในช่วง 16-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีทัศนคติที่ค่อนข้างดีต่อผู้ป่วย คือ เห็นใจ สงสาร ยอมรับ

ให้ความสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ ( 2543) พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เรื้อรังนานกว่า 2 ปี จะมีผลให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแล การดำเนินของโรค มีทักษะในการเผชิญปัญหา หาทางออกได้ดีขึ้นกว่าการดูแลในระยะเวลาที่สั้นกว่า และทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ทำให้มีความเข้าใจมั่นใจว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ( Yamashita, 1996) รวมถึงทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาจากการดูแล เกิดทักษะในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง

## ตอนที่ 2 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษา ผลของโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = -6.99$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ว่ากิจกรรมต่างๆ ใน โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีเนื้อที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ครบทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของHouse (1981) ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Informational Support) นอกจากนี้ในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้งนั้น ผู้วิจัยใช้กระบวนการดำเนินการกลุ่ม 3 ระยะเวลาของ Marram (1978) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจนส่งผลให้การรับรู้ภาระเชิงประนัยและเชิงอัตนัยลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chien & Norman, 2009) โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยจับคู่ตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและความเพียงพอของรายได้เนื่องจากตัวแปรทั้ง 2 มีผลต่อภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Montgomery et al., 1985; Bull, 1990) แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ดังนั้น ผลการวิจัยที่พบ จึงสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยนี้ อย่างแท้จริง จึงช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจนส่งผลให้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ ซึ่งแต่ละกิจกรรมที่ดำเนินการสามารถส่งผลต่อการลดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

กิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพและเสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล ช่วยให้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วย นำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งการให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำบทบาทหน้าที่ผู้ดูแล และสนับสนุน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่า ได้รับความยกย่อง เห็นคุณค่า ไว้วางใจ ความหวังใจ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ จากผู้ดูแลซึ่งมีหัวอกเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Elliot (1998) และ Grandón (2008) ที่พบว่า การรับฟังจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มด้วยกันถือเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการประทับใจประกอบด้านจิตใจ ส่งผลให้การรับรู้ลดภาระเชิงอัตนัยลดลง และจากการที่ได้รับการยกย่องจากสมาชิกกลุ่มทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มยัง ช่วยให้ ผู้ดูแลได้ตรวจสอบความคาดหวังของตนเองต่อผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการดูแล (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเอง และผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านอัตนัยและปรนัยลดลง (นพรัตน์ ไชยชาดิ 544)

กิจกรรมพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด ที่ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับ การพัฒนา ทักษะการผ่อนคลายความเครียด โดยการได้รับความรู้เรื่อง ความเครียด และผลของความเครียดต่อ สุขภาพร่างกายและจิตใจ รวมถึงได้รับการฝึกทักษะใน การสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย และ ฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกการหายใจ และวิธีนวดคลาย เครียดด้วยตนเอง มีส่วนสำคัญต่อการลดภาระการดูแลเชิงอัตนัย เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมักจะ ได้รับผลกระทบด้านจิตใจจากภาวะเครียดที่ต้อง เผชิญกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง และเป็น การดูแลอย่าง เรื้อรัง (Montgomery et al., 1985) ดังนั้นการที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดการ ผ่อนคลาย ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เกิดความสงบ และมีสมาธิ ทำให้มีความคิดอ่านที่จะดำเนินการ สิ่งต่างๆ ได้อย่างแจ่มใสขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ดีขึ้น (Gispense de Wied, 2000) ดังนั้น การทราบถึงวิธีการจัดการกับความเครียด และการที่ผู้ดูแลสามารถเลือกใช้วิธี คลายเครียดในแบบที่เหมาะสมกับตนเอง ไปปฏิบัติจนสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ ความเครียดที่มีอยู่ในร่างกายและจิตใจบรรเทา ลงได้ และส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระเชิงอัตนัย ลดลง (Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ และฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ที่ผู้วิจัย ฝึกให้ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสามารถเผชิญความเครียดและประเมินค่าสถานการณ์ที่ต้องเจอในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ เลือกวิธีในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และกิจกรรมการ ฝึกทักษะในการแก้ปัญหาช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจตนเองเมื่อต้องเผชิญกับ ปัญหา โดยพบว่าผู้ดูแล รู้สึกผ่อนคลาย และมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด ทำให้ลดการ แสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยได้ เกิดความรู้สึกเป็นภาระลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ

Wuerker et al. (2001) พบว่าคนที่มีการแสดงอารมณ์ต่ำกว่าจะสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นได้ และในคนที่แสดงอารมณ์สูงจะมีรูปแบบการควบคุมที่แข็งแกร่งไม่ยืดหยุ่นทำให้เกิดความสับสนอันตึงเครียดในครอบครัว และสอดคล้องกับ Magliano et al. (1998) ที่พบว่า การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรู้สึกรับเป็นตราบาป และการที่ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะ ในการแก้ปัญหา ด้วยเหตุผลทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม และทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระ ทั้งด้านอัตนัยและด้านปรนัยลดลง (Lazarus & Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน ทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท มีการจัดการกับอาการของโรคและการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยได้ดีขึ้น และมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย มากขึ้นช่วยลดความรู้สึกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยลงได้ โดยเฉพาะภาระเชิงปรนัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ทูลภา บุญผาสังข์ (2545) ที่ว่าหากผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลสูงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีจำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง ส่งผลต่อการลดภาระเชิงปรนัยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Magliano & Fiorillo (2007) ที่ว่าการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยการให้ความรู้ ทั้งสาเหตุ อาการ การรักษา ยาและผลข้างเคียงของยา จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจ ส่งผลกระทบเชิงบวกต่ออาการของผู้ป่วยและลดภาระ การดูแลและการเจ็บป่วยการที่ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลและการสอนวิธีการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวกับโรคจิตเภท จะทำให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ กังวลใจ รู้สึกถึงการรับรู้ภาระ การดูแลน้อยลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Pai & Kapur (1981) ซึ่งพบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยต่ำลง และครอบครัวจะมีการปรับตัวและทำหน้าที่ในสังคมได้ดีขึ้น และ Lim & Ahn (2003) ที่พบว่าความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย นั่นคือ ผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัยซึ่งรูปแบบของปฏิบัติการที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัว คือ การใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาระเชิงอัตนัย โดยระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลและเพศของผู้ดูแล ยังมีผลต่อการเผชิญความเครียดทางบวกของสมาชิกในครอบครัว การที่ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้ ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น ทำให้ลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลลงได้

กิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทั้งที่เป็นองค์กรและบุคคลรวมถึง แหล่งประโยชน์

ต่างๆ ที่เหมาะสม กับความต้องการของตนเองและครอบครัวมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถรู้ถึงวิธีการ และขั้นตอนในการ ขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม เหล่านั้น ได้ ทำให้ เกิด ความรู้สึกมั่นคง และมั่นใจเมื่อต้องการ ขอความช่วยเหลือ ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanzawa et al. (2010) หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มี ประสิทธิภาพ จะทำให้มีการรับรู้ ภาระการดูแลลดลง และ Magliano et al. (1998) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ภาระของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาใน 5 ประเทศของทวีปยุโรป ผลการศึกษาพบว่า การ สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับของภาระการดูแล อธิบายได้ว่า ครอบครัวจะมีการรับรู้ ภาระในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรม การอภิปรายกลุ่มและยุคิกลุ่ม นั้น ถือเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ดูแลได้พูดคุยและ แบ่งปันประสบการณ์ ในการนำความรู้ทั้งหมดซึ่งได้รับจากโปรแกรมไปใช้จริงที่บ้านตลอด ช่วงเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นและการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคน อื่นๆ ซึ่งเป็นส มาชิกในกลุ่มได้รับรู้ รวมทั้ง ร่วม แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น และ ให้คำปรึกษาแนะนำ ทำให้ผู้ดูแลเกิด ความมั่นใจและขวัญ กำลังใจ ในการทำบทบาทผู้ดูแลเพิ่มขึ้น และมีแนวทางในการ วางแผนแก้ไขปัญหาในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ Elliott & Reimer (1998) ที่พบว่าความช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ด้วยการ ร่วมกันทบทวน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ และ ทักษะต่างๆ ถือเป็นวิธีการให้ความรู้โดยใช้ เทคนิคกระบวนการกลุ่ม ที่ช่วยประคับประคองด้านจิตใจ ให้แก่สมาชิก ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระ เจริญอัตรันยลดลง

2. ผลการวิจัยพบว่าผลต่างค่าเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = -6.10$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาระการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติ ซึ่งสามารถ อภิปรายผลการศึกษา ที่พบได้ว่า กระบวนการกลุ่มของโปรแกรม การ สนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีผลต่อการลดภาระได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เป็นเพราะ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำ บทบาทผู้ดูแล การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียดการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ และฝึกทักษะในการแก้ปัญหา การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน การเข้าถึง แหล่งทรัพยากรในชุมชนสามารถพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จิตเภทมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข ช่วยลดภาระ การดูแลของครอบครัว รวมทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารับรักษาใน โรงพยาบาลลดลง นับว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ รวมทั้งเป็นรูปแบบการให้บริการตามแนวทางการปฏิบัติระบบสุขภาพ ที่เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ และเป็น การแก้ไข้ปัญหาโดยการส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมรวมทั้งสี่ด้านตามแนวคิดของHouse (1981) ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจนส่งผลให้การรับรู้ภาระเชิงประนัยและเชิงอัตนัยลดลงได้ ( Chien & Norman, 2009) และสอดคล้องกับ Yeh. et al. (2008) ที่ได้ศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมร้อยละ 66.1 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chien, Chan & Morrissey (2007) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีที่สุด

จากการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีภาระการดูแลก่อนการทดลองทั้งภาระเชิงอัตนัยและเชิงประนัย ในระดับปานกลางและมาก แต่ภายหลังการทดลองมีการรับรู้ภาระน้อยลงมาอยู่ที่ระดับน้อย อธิบายได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มส่งผลลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ คือ 17 คน มีภาระเชิงอัตนัยลดลง มีเพียง 3 คน ที่คะแนนยังอยู่ในระดับเดิม จากการสอบถามข้อมูลพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาระเชิงอัตนัยเท่าเดิม เนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลรู้สึกเครียดจากการที่ผู้ป่วยไม่ทำกิจวัตรประจำวัน มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และทุกข์ใจจากการที่ประสบอุทกภัยทำให้มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ จึงรู้สึกว่าเป็นภาระมาก ส่วนการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาระเชิงประนัยนั้นพบว่าผู้ดูแลทั้ง 20 คน มีการรับรู้ภาระเชิงประนัยลดลง

สำหรับในกลุ่มควบคุมนั้น พบว่าในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง ทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม ไม่พบการเปลี่ยนแปลงใดๆ สามารถอธิบายได้ว่าผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วย และ ครอบครัว ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการเตือน อาการข้างเคียงจากการยา วิธีการใช้ยาจิตเวช ให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม วิธีการคลายเครียด รวมถึงการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวโดย บุคลากรสาธารณสุข หรือ พยาบาล วิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ซึ่งการให้คำแนะนำตามปัญหาเมื่อผู้ดูแลขอข้อมูลคำแนะนำ อาจมีรูปแบบไม่ชัดเจนในการให้คำแนะนำทำให้ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ หรือไม่ครอบคลุม อีกประการหนึ่งผู้ดูแลไม่ได้รับการบำบัดจากกิจกรรม ส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล การประเมินค่าสถานการณ์ การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลรวมทั้งกิจกรรมอื่นๆ เหมือนกับในกลุ่มทดลอง ทำให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ



ดังนั้นสรุปได้ว่า การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม มีผลต่อการลดภาระได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เป็นเพราะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล พัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียดการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพและฝึกทักษะในการแก้ปัญหา การให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนสามารถพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

#### 1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มไปใช้นั้นพยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการ พยาบาล สุขภาพจิตและ จิตเวชเพื่อเตรียมความพร้อมของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มและสมาชิกกลุ่มเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มไปใช้ สำหรับเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสามารถปรับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้น ตอนได้ตามความเหมาะสม เช่น ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม การปรับเปลี่ยนการดำเนินกิจกรรมตามลักษณะชีวิตประจำวันของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น การดำเนินกิจกรรมในวันหยุด หรือในช่วงเย็นของวันธรรมดา เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางรายต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เป็นต้น

#### 2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลได้มีการศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทั้งการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการเฉพาะ เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนและเป็นการช่วยในการจัดปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตที่อยู่ในชุมชน

2.2 ควรมีการศึกษาติดตามผลของการให้ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามผลระยะยาวทุก 1, 3, 6 เดือน ซึ่งจะเป็ผลดีต่อครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของการให้ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนที่ผู้ป่วยจะออกไปอยู่ในชุมชน ในเรื่อง การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีในชุมชน รวมถึงควรมีการวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนเช่นเดียวกัน เช่น ในกลุ่มของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางอารมณ์ เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นว่าภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันหรือไม่และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว