

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล



นางสุชาดา เวชการุณา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION PROGRAM EMPHASIZING  
PARTICIPATORY LEARNING ON CAREGIVERS' CARING BEHAVIORS  
OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Mrs. Suchada Wejchakaruna



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการ  
เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
ของผู้ดูแล

โดย

นางสุชาดา เวชการุณา

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

สุชาดา เวชการุณา : ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. (THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION PROGRAM EMPHASIZING PARTICIPATORY LEARNING ON CAREGIVERS' CARING BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 113 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และ 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยจิตเภทที่มาได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จำนวน 30 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 15 ครอบครัว โดยการจับคู่ด้วยอายุและระยะเวลาในการดูแล กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยง .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ และสถิติทดสอบที

#### ผลการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช      ลายมือชื่อนิติต .....  
ปีการศึกษา 2556      ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

# # 5377824236 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: BEHAVIOR / SCHIZOPHRENIA

SUCHADA WEJCHAKARUNA: THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION PROGRAM EMPHASIZING PARTICIPATORY LEARNING ON CAREGIVERS' CARING BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 113 pp.

The purpose of this quasi-experimental research were: 1) to compare Caring Behavior of Schizophrenic Patients' Caregivers before and after receiving Psychoeducation Program Emphasizing Participatory Learning, and 2) to compare Caring Behavior of Schizophrenic Patients' Caregivers who received Psychoeducation Program Emphasizing Participatory Learning and those who received regular caring activities. The test subjects were thirty family Caregivers and schizophrenic patients that received services in the outpatient department of Loei Ratchanakharin Psychiatric Hospital who met the inclusion criteria. They were matched in pairs and then randomly assigned to experimental groups and control groups with 15 subjects in each group. The research instruments consisted of the Psychoeducation Program Emphasizing Participatory Learning, and questionnaire of the caring behaviors of caregivers of schizophrenic patients All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The reliability of the instruments were reported by Chronbach's Alpha coefficient of .91 Data was analyzed using Descriptive statistics and t-test.

Major findings were as follows:

1. The caring Behavior of Schizophrenic Patients' Caregivers who received the Psychoeducation Program Emphasizing Participatory Learning was significantly higher than that before, at p .05 levels.

2. The caring Behavior of Schizophrenic Patients' Caregivers who received the Psychoeducation Program Emphasizing Participatory Learning was significantly higher than those who received regular caring activities at p .05 levels.

Field of Study: Mental Health and  
Psychiatric Nursing

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Academic Year: 2013

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ด้วยความกรุณาของอาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้คอยให้กำลังใจ เสียสละเวลาอันมีค่าในการช่วยเหลือให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ จนนิสิตสามารถผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคไปได้ด้วยดี จึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลชิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณอธิบดีกรมสุขภาพจิตที่ได้อนุมัติทุนสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอกตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย บุคลากรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเอื้ออำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้ได้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ และประสบการณ์อันมีคุณค่าตลอดการศึกษา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารด้วยดีตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อนๆ นิสิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่คอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือ และความประทับใจที่ควรค่าแก่การระลึกถึงเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด ขอขอบคุณกำลังใจและความช่วยเหลือจากคุณนพพล เวชการุณาและเด็กชายปณณวิชญ์ เวชการุณา ที่เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่ง ตลอดจนทุกๆ ท่านที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้ครบถ้วนในที่นี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และครอบครัวผู้ป่วยจิตเภททุกคนขอให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่แข็งแรง สมบูรณ์ตลอดไป

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย .....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	9
1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	10
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท .....	18
3. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล .....	21
4. การให้สุขภาพจิตศึกษา .....	29
5. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม.....	31
6. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ดูแล.....	34
7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	35
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	38
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง .....	39

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	41
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	45
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย .....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	56
สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง .....	57
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	58
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	65
สรุปผลการวิจัย .....	68
อภิปรายผลการวิจัย .....	69
ข้อเสนอแนะ .....	73
รายการอ้างอิง .....	74
ภาคผนวก .....	82
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ .....	83
ภาคผนวก ข แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์ .....	85
ภาคผนวก ค พิจารณาจริยธรรม .....	92
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	95
ภาคผนวก จ หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย (นอกคณะ) .....	108
ภาคผนวก ฉ ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ .....	110
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	113



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามอายุ และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	41
ตารางที่ 2 กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม..	47
ตารางที่ 3 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (คะแนนเต็ม 30 คะแนน).....	55
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล .....	59
ตารางที่ 5 คะแนนพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test).....	61
ตารางที่ 6 คะแนนพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test).....	62
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=15).....	63
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30) .....	64

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาดมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน และทำให้ศักยภาพในการดำเนินชีวิตแทบทุกด้านของผู้ป่วยเสื่อมลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณร้อยละ 0.1-0.5 : 1000 คนต่อปี และมีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 2.5-5.3 : 1000 คนต่อปี (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) และพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (WHO, 2011) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนสูงขึ้นทุกปี จากสถิติของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในช่วงปีงบประมาณ 2551-2553 พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมากเป็นลำดับที่ 1 ในทุกปีงบประมาณ คิดเป็นอัตรา 612.43, 578.15 และ 564.89 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2553) ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่นแต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) และผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทยังทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนไปไม่สมบูรณ์ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานยา เป็นต้น (ยุวดี วงษ์แสง, 2548) ต้องได้รับความช่วยเหลือ ดังนั้นครอบครัวจึงเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนโดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) จะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยตรง (Horowitz, 1985 อ้างใน วิมาลา เจริญชัย, 2545)

การดูแลจะต้องเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้ง 3 มิติ คือ ทางกาย ทางจิตและจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกจากกันได้เป็นการปฏิบัติต่อกันด้วยความรัก เคารพในความเป็นบุคคล มีเหตุผล และมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาพชีวิตที่เป็นสุขจนถึงระดับของความพึงพอใจที่มีชีวิตอยู่ต่อไป ขณะเดียวกันผู้ดูแลต้องเกิดความพึงพอใจ สุขใจที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (Leininger, 1991) แต่ในทางปฏิบัติผู้ดูแลหลักจะได้รับผลกระทบโดยตรงจากการดูแล (Baker, 1989) จากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ ความบกพร่องด้านการสื่อสารกับคนรอบข้าง ไม่เข้าใจคำแนะนำของผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถที่จะเริ่มพูดคุยกับคนอื่น กลัวคนแปลกหน้า แยกตัวเองออกจากสังคม ขาดความอดทน ไม่มีสมาธิพอที่จะทำงานหรือประกอบอาชีพได้ (Martha, 2007) ผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนและความพยายามในการเผชิญพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งอาจจะมีทั้งความสงสัยและความทุกขใจในการดูแลผู้ป่วย บางครั้งรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่รู้จะสิ้นสุดลงเมื่อใด ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วย เช่น ปล่อยปละละเลยผู้ป่วย ไม่สนใจดูแล (ยุวดี เพชรรัตน์ และเยาวานา สุลักษณ์, 2546)

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการแสดงออกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล คือ การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท การให้กำลังใจและให้ความหวัง การสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างทันท่วงที การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ การแสดงการ

ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งด้านบวกและด้านลบ การแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผลการชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท การจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต (Watson, 1985) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และเพศของผู้ดูแล โดยเฉพาะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลมากที่สุด (บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์, 2546) นอกจากนี้ตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องแล้วจะต้องมีความตั้งใจ มีความสนใจ ให้ความร่วมมือและการมีวินัยในการปฏิบัติกรดูแลด้วย (Pilz, M.E., 1990)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในหลายรูปแบบ เช่น การทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองและสุขภาพจิตศึกษาตามโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตแก่ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (Fowler, 1992; Hammond & Deans, 1995; Yamashita, 1996) และการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย การรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้และมีการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตเพื่อลดความตึงเครียด (Williams, 1989) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเป็นวิธีการที่มีประโยชน์และสนับสนุนการยอมรับในการแสดงบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทางจิตมากขึ้น ปัจจุบันแนวคิดและรูปแบบของการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตนั้น เน้นในเรื่องของการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา เพื่อช่วยในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การเสริมสร้างความร่วมมืออันดีระหว่างเจ้าหน้าที่ ครอบครัวและผู้ป่วย (Anderson et al., 1980; Lucksted, 2003) จะช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Ran, 2003; จิราพร รักรการ, 2549) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ที่เน้นการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้นเพื่อลดการเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหวังที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้ รวมทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง (Yamashita, 1996; Pai & Kapur, 1981; Mc Farlane et al., 2003; ดร.ณิ คชพรหม, 2543; จิราพร รักรการ, 2549)

การให้สุขภาพจิตศึกษาจะเป็นการสอนสุขภาพจิตในรูปแบบพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เสมือนครูสอนซึ่งปัจจุบันการให้สุขภาพจิตศึกษามีทิศทางให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้มากขึ้น (Byrne, Brown Voorberg & Schofield, 1998 อ้างใน กนกวรรณ ทาสอน, 2545) การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะสนับสนุนด้านการรู้คิด ซึ่งผลที่ตามมาจะทำให้ความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลดีขึ้น มีมุมมองการแก้ปัญหาแบบใหม่ที่เหมาะสมขึ้นเรียกว่าเป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning; PL) ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างความรู้โดยอาศัยประสบการณ์เดิมของผู้ดูแลเป็นสำคัญ ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลด้วยกันเอง และระหว่างผู้ดูแลกับครอบครัวของตนเองและกับบุคลากรที่ผู้ทำการสอน ทำให้เกิดการเพิ่มพูนความรู้ที่ทุกคนมี

อยู่ออกไปโดยมีการแสดงออกทางภาษาได้แก่ การพูดและการเขียนอันเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนความรู้ การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลมุ่งไปที่การปัญหาที่ผู้ป่วยเคยเผชิญในอดีตหรืออาจเผชิญในปัจจุบันและอนาคต เน้นการค้นพบด้วยตนเองของผู้ดูแลซึ่งการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจะเน้นให้ผู้ดูแลเป็นศูนย์กลางและมีองค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้ 4 ประการ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ (Experience) 2) การสะท้อนความคิดและอภิปราย (Reflect and Discussion) 3) เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (Understand and Conceptualization) และ 4) การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Kolb. (1984) จะส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่จะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาที่มีประสิทธิภาพต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ วียดา เจียมเจือจันทร์ จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ ดวงพร หุ่นตระกูล และปรกรณ์ ประจัญบาน (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ของผู้ใช้แรงงานพบว่า คะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์สูงขึ้น และการศึกษาของ จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) ที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของสตรีที่แต่งงานแล้วในจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกดีขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของสว่างจิตต์ จันทร์ (2544) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และจากการศึกษาของ Tomey (2003) พบว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้นตอบสนองต่อการเรียนรู้ส่งผลให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ และเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยพัฒนาผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ร่วมกับแนวคิดของ Kolb. (1984) ที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาผสมผสานเพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลดีขึ้น อันจะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพของการรักษาที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
2. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงชันกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลโดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอน และนำแนวคิดของ Kolb. (1984) ที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมให้ผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมี 4 ประการได้แก่ การนำประสบการณ์ การใช้การสะท้อนความคิดและอภิปราย การทำให้เกิดความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด การทดลองและประยุกต์แนวคิด ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมจะช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท เกิดการยอมรับและมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลดีขึ้นมีแนวทางที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม นานครั้งละ 60- 90 นาที รวมทั้งหมด 5 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

**สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพและค้นหาประสบการณ์เดิม : การสร้างสัมพันธภาพนั้นเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท เริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง ให้สมาชิกแนะนำตัวเอง พูดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างบรรยากาศที่ดี ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้มีความคุ้นเคยและทำความรู้จักกันเพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553) ร่วมกันค้นหาประสบการณ์เดิม เป็นการนำประสบการณ์เดิมของผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวที่นำมาใช้ในการดูแล โดยให้ผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์เดิมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวเล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลภายในกลุ่ม สนับสนุนให้ครอบครัวกล้าแสดงออก นำประสบการณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบผลดีมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม ให้โอกาสซักถามจนเกิดความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย และผู้วิจัยทำหน้าที่สรุปประเด็นที่เกิดขึ้นในกลุ่มทั้งในการดูแลที่ดีและแนวทางการแก้ไขการดูแลที่ยังเป็นปัญหา

**สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2** การสะท้อนความคิดและสร้างความคิดรวบยอด : ให้ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ และการรักษา เตรียมความพร้อมในการดูแล โดยการให้ผู้ดูแล สมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยยกตัวอย่างที่ละตัวอย่างและสะท้อนความคิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษา และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เป็นการให้สมาชิกเกิดความเข้าใจ และนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอดโดยการให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยนำความรู้ต่างๆมาปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (Yamashita, 1996)

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงการดูแลที่ตนได้รับและพึงพอใจร่วมกับผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัว จากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มได้ซักถามเกี่ยวกับข้อมูลความรู้ที่เป็นปัญหาและร่วมกันสรุปแนวทางการดูแล ที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้ในการดูแล

**ลำดับที่ 3 กิจกรรมที่ 3** การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด : เป็นการให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้น และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆโดยการให้ผู้ดูแล สมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยได้มีการฝึกฝนการผ่อนคลายความเครียดนั้นจะช่วยให้มีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับความเครียด และสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

**ลำดับที่ 4 กิจกรรมที่ 4** การพัฒนาทักษะทางสังคม : การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวที่ตรงตามปัญหาและความต้องการ ซึ่งการฝึกฝนการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกออกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ ความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมยังส่งผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ การปรับตัวตามบทบาท ช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (McFarlane et al., 2003)

**ลำดับที่ 5 กิจกรรมที่ 5** ฝึกทักษะและประยุกต์ความคิด : ให้สมาชิกได้ฝึกกิจกรรมที่ผสมผสานความรู้ที่เกิดขึ้นและจากประสบการณ์ของตนเอง ให้ผู้ดูแล สมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยโดยลงมือปฏิบัติจริงแบ่งกลุ่มแสดงบทบาทสมมติที่เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจากนั้นให้สรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับประโยชน์ที่สมาชิกได้รับ เปิดโอกาสให้สมาชิกเสนอความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเข้ากลุ่มทั้งข้อดีและข้อเสียเพื่อนำไปปรับปรุงในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป

### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม (ICD-10) มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ที่มีคะแนนพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทระดับน้อยถึงระดับปานกลาง จำนวน 30 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 15 ครอบครัว

ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกโดยใช้รูปแบบสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการนำครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกกิจกรรม โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับแนวคิดของ Kolb. (1984) ที่ใช้หลักการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่งองค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมี 4 ประการคือ ประสบการณ์ การสะท้อนความคิดและอภิปราย เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด การทดลองหรือประยุกต์แนวคิดเพื่อใช้ในพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม นานครั้งละ 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และค้นหาประสบการณ์เดิมเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทร่วมกันค้นหาประสบการณ์เดิมของผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวที่นำมาใช้ในการดูแล ให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์เดิมในการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและสร้างความคิดรวบยอดโดยการให้ผู้ดูแล สมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยยกตัวอย่างที่ละตัวอย่างและสะท้อนความคิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษา และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เป็นการให้สมาชิกเกิดความเข้าใจ และนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอดโดยการให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยนำความรู้ต่างๆมาปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดเป็นการให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อากาของของความเครียดที่เกิดขึ้น และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะและประยุกต์ความคิด ให้สมาชิกได้ฝึกกิจกรรมที่ผสมผสานความรู้ที่เกิดขึ้นและจากประสบการณ์ของตนเอง ให้ผู้ดูแล สมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยโดยลงมือปฏิบัติจริง แบ่งกลุ่มแสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง การแสดงออกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ประกอบด้วย 10 ด้าน คือ การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท การให้กำลังใจและให้ความหวัง การสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างทันที่ การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ การแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งด้านบวกและด้านลบ การแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผลการชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท การจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต ประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Watson (1985) พัฒนาโดยยอดสร้อย วิเวกวรรณ ( 2543 )

**ผู้ดูแล** หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่ให้การช่วยเหลือหรือดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น สามี ภรรยา เขย สะใภ้ ผู้ที่ใช้ชีวิตภายในครอบครัวเดียวกัน เป็นผู้ดูแลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน มีอายุ 20 ปีขึ้นไปและให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันสม่ำเสมอต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างใดๆจากการดูแล

**สมาชิกในครอบครัว** หมายถึง มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือกฎหมาย ได้แก่ มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 เดือน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป

**ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง บุคคลในวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) มีอาการทางจิตทุกเลา โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน ที่มารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้กับผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย การซักประวัติ รวบรวมข้อมูล การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป การประเมินคัดกรองเฝ้าระวังภาวะกำเริบรุนแรงของโรคการให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ในชุมชน รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา โรคทางกายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง การให้คำปรึกษาทั่วไป การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล และติดตามให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน



### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลโดยการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยทางจิตเวชอื่นๆต่อไป



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ซึ่งผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท
  - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
  - 1.2 สาเหตุ อาการ และการดำเนินของโรคจิตเภท
  - 1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
  - 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
  - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
  - 1.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.1 ความหมายและความสำคัญของผู้ดูแลในครอบครัว
  - 2.2 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล
  - 3.1 ความหมายพฤติกรรมการดูแล
  - 3.2 ทฤษฎีการดูแล และทฤษฎีพฤติกรรมนิยม
  - 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.4 การประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล
4. การให้สุขภาพจิตศึกษา
  - 4.1 ความหมาย ของการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)
  - 4.2 แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา
  - 4.3 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
5. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
  - 5.1 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)
  - 5.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
6. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

ได้มีผู้ให้ความหมายโรคจิตเภท (Schizophrenia) ไว้ดังนี้ Classification Diseases: (ICD-10) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติในด้านบุคลิกภาพด้านความคิดและด้านการรับรู้ การแสดงอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม แต่สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านชีวปัญญาปกติอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้บ้างเมื่อป่วยนาน โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์ (2552) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สรุปความหมายของโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆและมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น

### 1.2 สาเหตุ อาการ และการดำเนินของโรคจิตเภท

**1.2.1 สาเหตุของโรคจิตเภท** ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายๆ สาเหตุ ดังนี้ (มานุษย หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.2.1.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ แนวคิดปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเป็น brain disorder โดยมีการพบหลักฐานทางชีวภาพสนับสนุนค่อนข้างมาก

1.2.1.1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นมีโอกาสเป็นสูง

1.2.1.1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้ อาจเป็นความผิดปกติของ post - synaptic receptor เนื่องจากยารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยการไปปิดกั้น dopamine receptor type 2 (D2 antagonist) และสารนำสื่อประสาทชนิด serotonin พบว่าการทำงานของ serotonin-2 (5-HT2A) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (serotonin-dopamine antagonists) ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ serotonin

1.2.1.1.3 กายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter

1.2.1.1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction

### 1.2.1.2 ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

1.2.1.2.1 การเลี้ยงดูบางรูปแบบทำให้เด็กโตขึ้นป่วยเป็นผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ สภาพมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion; EE) ได้แก่ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ มีท่าทีไม่เป็นมิตร จู้จี้กับผู้ป่วยมากเกินไป

1.2.1.2.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานะภาพเดิมหรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภทเชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมาจากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับในปัจจุบันคือ stress-diathesis model เชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

สรุปสาเหตุของโรคจิตเภทปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเกิดสาเหตุดังนี้ เช่น ปัจจัยทางด้านชีวภาพ พันธุกรรมยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นมีโอกาสเป็นสูง ระบบสารชีวเคมีในสมอง กายวิภาคของสมองและปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

### 1.2.2 ลักษณะอาการทางคลินิก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการแสดงของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการหลักคือ อาการทางบวก อาการทางลบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.2.2.1 อาการทางด้านบวก (positive symptoms) คืออาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมากกว่าคนปกติโดยทั่วไป ในด้านความคิด และประสาทสัมผัส ดังต่อไปนี้

1.2.2.1.1 ความคิดหลงผิด (delusion) เป็นความเชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นจริงแม้เหตุผลหรือหลักฐานมาขัดแย้ง เช่น หลงผิดคิดว่าผู้อื่นจะปองร้ายตนเอง (persecutory delusion) คิดว่าผู้อื่นพูดเรื่องราวที่เกี่ยวกับตน (delusion of reference) หลงผิดคิดว่าตนเองมีอำนาจ หรือเป็นบุคคลสำคัญ (grandiose delusion) เชื่อว่าความคิดและการกระทำของตนเองถูกควบคุมโดยอำนาจบางอย่าง (delusion of control) มีความคิดของตนเองถูกดึงออกไปจากสมองจากอำนาจบางอย่าง (thought with drawal) ความคิดที่มีอยู่นั้นไม่ใช่ของตนแต่เป็นของคนอื่นที่ใส่เข้ามาในสมองตน (thought insertion) ความคิดของตนเองถูกส่งออกไปเสียงทำให้คนรอบข้างได้ยินความคิดของตนเอง (thought broadcasting)

1.2.2.1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) คือการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการประสาทหลอนชนิดที่พบบ่อย คือ อาการหูแว่ว (auditory hallucination) เป็นการได้ยินเสียงพูดในเรื่องของผู้ป่วย (voice discussing) เสียงวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting)

1.2.2.1.3 ความผิดปกติของการพูด (disorganized speech) คือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถลำดับความคิดและขาดความคิดในการเชื่อมโยงของเหตุผล คำพูดไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว (loose association)

1.2.1.1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม (disorganized behavior) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น มีพฤติกรรมแบบคาทาโทเนีย (catatonia) คือไม่เคลื่อนไหว ไม่พูด ไม่รับรู้สภาวะแวดล้อม (catatonic stupor) แขนขา ลำตัวเกร็ง ตลอดเวลา (catatonic rigidity) มีการต่อต้านทำตรงข้ามคำสั่ง (catatonic negativism) อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ (catatonic posturing) และมีอาการคลุ้มคลั่ง (catatonic excitement) เป็นต้น

1.2.2.2 อาการทางด้านลบ (negative symptoms) คืออาการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี (negative dimension) เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมใดๆ (avolition) เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก (Asociality)

สรุปได้ว่าอาการที่พบในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการทางบวก ซึ่งได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมและลักษณะการพูดเป็นไปอย่างไม่มีแบบแผน และกลุ่มอาการทางลบ ซึ่งได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมใดๆ จากอาการดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ ด้านพฤติกรรม มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ มีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ทางจิตสังคมลดลง โดยอาการจะแสดงแตกต่างกันในแต่ละระยะของการดำเนินโรค

### 1.2.3 การดำเนินโรคของโรคจิตเภท

การดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความแตกต่างกัน โดยบางคนอาจมีอาการเป็นๆ หายๆ บางรายอาจมีอาการเรื้อรัง โดยทั่วไปอาการมักไม่หายเป็นปกติ โดยระยะแรกของโรคอาการทางลบมักเด่นชัด ต่อมาจะมีอาการทางด้านบวก หากได้รับการรักษาอาการทางบวกจะหายไป แต่อาการทางลบจะคงอยู่ และบางรายอาการด้านลบจะรุนแรงขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) โดยสามารถแบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 3 ระยะคือ

1.2.3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) เรียกว่า ระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute phase) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเล็กน้อย มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงานเริ่มแย่ลง ชอบเก็บตัว ไม่สนใจ สุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจมีความสนใจด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ มีการหวาดระแวง กลัวคนแปลกหน้า ซึ่งระยะเวลาความผิดปกติไม่แน่นอน โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ตั้งแต่เริ่มมีอาการ และหากมีอาการเช่นนี้อยู่นานการดำเนินโรคจะไม่ดี

1.2.3.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) เรียกว่า ระยะคงเสถียรภาพ (stabilization phase) เป็นช่วงที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอาการทางจิตที่ลดลงหลังจากระยะอาการทางจิตเฉียบพลันอยู่ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน หรือมากกว่า หลังจากได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลัน

1.2.3.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เรียกว่า ระยะคงสภาพการรักษา (stable phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอาการคงที่ อาจพบอาการด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ แต่อาการนั้นจะมีความรุนแรงน้อยกว่าระยะคงเสถียรคล้ายคลึงกับระยะเสถียรภาพ และอาจมีอาการอื่นที่ไม่ใช่อาการของโรคร่วมด้วย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน อาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ส่วนใหญ่หลังจากที่ทุเลาอาการจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็ยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือมีอาการเสื่อมลงเรื่อยๆ โดยอาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

สรุปการดำเนินโรคโดยบางคนอาจมีอาการเป็นๆ หายๆ บางรายอาจมีอาการเรื้อรัง โดยทั่วไปอาการมักไม่หายเป็นปกติแบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 3 ระยะ คือ 1.ระยะเริ่มมีอาการผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเล็กน้อย 2. ระยะอาการกำเริบ 3.ระยะอาการหลงเหลือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีอาการคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง

### 1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

หลักการวินิจฉัยแยกโรค ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1992) ใช้เกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 โดยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการ อย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน ถ้ามีอาการไม่ชัดมากต้องมีอาการ 2 อาการหรือมากกว่า ตามอาการที่ได้รับมาจาก 1-4 มีดังต่อไปนี้

1.3.1 มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ โดยมีอาการเป็นเวลา 1 เดือน แต่อาจมีระยะเวลาน้อยกว่า 1 เดือน ถ้าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการรักษา (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

1.3.1.1 มีอาการหลงผิด (delusion)

1.3.1.2 มีอาการประสาทหลอน (hallucination)

1.3.1.3 มีความผิดปกติของคำพูด (disorganized speech)

1.3.1.4 มีพฤติกรรมวุ่นวายหรืออาการคาทาโทเนีย (grossly disorganized behavior or catatonic behavior)

1.3.1.5 มีอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉยเมย ไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด หากมีอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกประหลาด ได้แก่อาการเชื่อว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมอง หรือมีอาการหูแว่วเป็นเสียงคนวิจารณ์ตัวเอง หรือเสียงคนพูดคุยกันมีเพียงอาการเดียว ก็ถือว่าเข้าเกณฑ์

1.3.2 อาการดังกล่าวทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีปัญหาด้านอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตนเอง

1.3.3 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอาการไม่สบายติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.3.4 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ไม่ได้มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

1.3.5 อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

### 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาโรคจิตเภทที่สำคัญได้แก่

1.4.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการ

ข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาและมีปัญหาในการวินิจฉัย ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.4.2 การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยาเป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยจิตเภท นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆนั้นส่วนใหญ่มักมีปัญหามาจากการขาดยา การรักษานั้นอาจแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่

1.4.2.1 ระยะเวลาควบคุมอาการ (acute phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นเป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยาส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

1.4.2.2 ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบลงผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ และควรให้ยาขนาดเดิม

1.4.2.3 ระยะเวลาการคงที่ (maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดีการควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งที่สำคัญ ขนาดยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก แล้วจะค่อยๆ ลดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือนจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้

ผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้นหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว นานอย่างน้อย 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีปัญหาด้านความคิดอยู่แล้วแพทย์จึงควรสั่งยาที่ทำให้ผู้ป่วยสะดวกในการรับประทานยา เช่น หลีกเลี่ยงการใช้ยาหลายขนาน ใช้ยาที่รับประทานเพียงวันละ 1-2 ครั้ง เกิดผลข้างเคียงจากยาน้อย เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการเรื่องยาของตนเองได้ถูกต้องและร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

1.4.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นผลการรักษาไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยาโดยทั่วไป จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic รุนแรงผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย โดยการรักษาด้วยไฟฟ้าต้องทำร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต

1.4.4 การรักษาด้านจิตสังคม การรักษาด้านจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้ หดงำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆด้าน การรักษาด้านจิตสังคมประกอบด้วย

1.4.4.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีการบำบัดแบบประคับประคองผู้รักษาตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ ช่วยให้หาวิธีแก้ปัญหาในแบบที่ทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้

1.4.4.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counselling) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงอารมณ์เพื่อให้การทำหน้าที่ในครอบครัวดีขึ้น

1.4.4.3 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

1.4.4.4 นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่ทำได้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

สรุปได้ว่าการรักษาโรคจิตเภทมีการรักษาหลายทางได้แก่ การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้านจิตสังคมเช่น การทำจิตบำบัดการให้คำแนะนำแก่ครอบครัว การทำกลุ่มบำบัด การจัดนิเวศน์บำบัด

## 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มักมุ่งเน้นการดูแลจากครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นการปฏิบัติกรพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นสิ่งสำคัญที่ควรให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อให้เกิดผลดีทั้งต่อผู้รับบริการและคุณภาพบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว สามารถแบ่งการพยาบาลได้ดังนี้

1.5.1 การพยาบาลในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรงต้องได้รับการรักษาอาการในโรงพยาบาลเนื่องจากเกินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวนำส่งโรงพยาบาลให้ได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถทำได้โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่เป็นสุข (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) ดังนี้

1.5.1.1 ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล

1.5.1.2 ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ การแสดงออก การควบคุมอารมณ์ และการแสดงพฤติกรรมของตน

1.5.1.3 ดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขโดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคล ด้านต่าง ๆ ดังนี้

การดูแลตนเองด้านเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานยา การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกาย การขับถ่ายและการพักผ่อนนอนหลับ



การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนการคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ การมีสมรรถนะด้านร่างกาย หรือมีความเข้มแข็งด้านร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษา เสริมสร้างความแข็งแกร่งของระบบกายวิภาคและสรีระภาพของบุคคล ให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอย่างมีปกติสุข

1.5.2 การพยาบาลในชุมชน หลังจากที่มีผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนมีอาการทุเลาแล้ว การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชนมีความสำคัญอย่างมาก ทั้งต้องการอาศัยความร่วมมืออย่างดีจากผู้ดูแลและครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาล ทีมพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนจะมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง พันฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

1.5.2.1 ส่งเสริมให้ค้นหาปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยตนเองหรือโดยครอบครัวของผู้ป่วย

1.5.2.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเป็นตัวของตัวเองและฟื้นฟูสภาพจิตใจภายในครอบครัวและชุมชน

1.5.2.3 ให้การดูแลเฉพาะเรื่องตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในสภาพแวดล้อมและสังคมของแต่ละบุคคล

1.5.2.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีความรู้ในการดูแลตนเองและจัดการกับอาการทางจิต การรักษาอาการทางจิตที่อาจกลับเป็นซ้ำได้อีก

1.5.2.5 เพื่อให้พฤติกรรมที่ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนในทางที่ดีขึ้นจากโรงพยาบาลได้นำไปใช้ที่บ้านและสังคมเดิมของผู้ป่วย

1.5.2.6 เพื่อประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัวภายใต้แผนการรักษาและเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมเรื่องต่อไปนี้

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามแผนรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ประเมินอาการต่างๆ รวมทั้งร่างกาย สภาวะจิตต่อการรักษาต่างๆ และให้ยาตามคำสั่งการรักษา รวมทั้งประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านและชุมชน ที่จะเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือ

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยการสอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย อาการแสดงและอาการทางจิต การรักษาและการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการป่วยซ้ำ การสอนผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพการแก้ปัญหา กระบวนการตัดสินใจสอนผู้ป่วยและครอบครัวการเผชิญปัญหาเผชิญความเครียดและความขัดแย้ง

สรุปการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวการพยาบาลในโรงพยาบาลเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและการพยาบาลในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมักมุ่งเน้นการดูแลจากครอบครัวเป็นหลักต้องดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในครอบครัวและชุมชน ซึ่งครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการป่วยซ้ำ

## 1.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองรวมทั้งการปรับตัวของผู้ป่วย อีกทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะถือว่าผู้ดูแลและครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญในการเชื่อมโยงการดูแลการรักษาพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรงที่สุด การส่งเสริมและการสนับสนุนให้ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ จึงสามารถนำแหล่งประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายและรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย (กัลยา โนอินทร์, 2542)

บทบาทสำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสิ่งสำคัญคือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางมุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคนในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต และจิตวิญญาณอยู่รวมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการครอบคลุมตามบทบาท คือ (Harder et al., 1987 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2536 ; ทศนา บุญทอง, 2543)

โดยบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง ในการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามศักยภาพ ครอบคลุม 6 บทบาท ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546)

1.6.1 บทบาทผู้ดูแล (Care Provider) โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้รับบริการเอง และปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมนันทนาการและกิจกรรมอื่นๆที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

1.6.2 บทบาทผู้ประสานงาน (Coordinator) พยาบาลวางแผนดำเนินการและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น เกสซกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ประสานประโยชน์ระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เป็นตัวแทนผู้ป่วยเพื่อประสานแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น

1.6.3 บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้สำรวจปัญหาแบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาในแบบใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเพื่อตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่ใกล้ชิดทีมสุขภาพได้ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจที่จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

1.6.4 ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน (Educator) พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างถาวร

1.6.5 บทบาทผู้พิทักษ์ประโยชน์ของผู้ป่วย (Advocator) พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ การวินิจฉัยโรค การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และการรักษาข้อมูลความลับของผู้ป่วย จิตเภทและครอบครัว

1.6.6 บทบาทนักวิจัย (Researcher) เพื่อพัฒนามาตรฐานการพยาบาล และนวัตกรรมทางการแพทย์จิตและจิตเวช

สรุปบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องต้องมีการทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางและต้องทำหน้าที่หลายบทบาทเช่นบทบาทผู้ดูแล บทบาทผู้ประสานงาน บทบาทผู้ให้คำปรึกษาบทบาทผู้ให้ความรู้/ผู้สอน บทบาทผู้พิทักษ์ประโยชน์ของผู้ป่วย บทบาทนักวิจัย เป็นต้น

## 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ครอบครัว คือ กลุ่มของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือบุคคลที่อยู่ร่วมกัน ครั้นเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ มีกรอบของวัฒนธรรมและประเพณีเดียวกัน เป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นสถาบันซึ่งทำหน้าที่วางรากฐานให้แก่สถาบันอื่น ๆ ในสังคมที่ดีที่สุดที่จะเกื้อกูลต่อชีวิตมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545) สังคมไทยในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทั้งด้านโครงสร้างของครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของโครงสร้างครอบครัวไทย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) มีดังนี้

1. การเปลี่ยนโครงสร้างของครอบครัว โดยพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนน้อยลง เป็นครั้นเรือนเดี่ยวมากขึ้น สมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้แต่ละครอบครัวต้องมีภาระสูงขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ

2. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของครอบครัว พบว่าครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น

3. การเปลี่ยนแปลงในระบบความสัมพันธ์ ด้วยการเปลี่ยนแปลงทางระบบเศรษฐกิจ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องช่วยกันประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาสู่ครอบครัว ทำให้ความใกล้ชิดของสมาชิกในครอบครัวลดลง

4. การเปลี่ยนแปลงบทบาทและความสำคัญของครอบครัว บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่ต้องมีครอบครัว คนส่วนหนึ่งจึงเลือกใช้ชีวิตอยู่คนเดียว หรืออยู่เป็นโสดมากขึ้น และคู่สมรสมีการหย่าร้างกันมากขึ้น มีแม่จำนวนมากเลี้ยงลูกโดยปราศจากพ่อ หรือครอบครัวที่แตกแยกทำให้ลูกต้องอาศัยอยู่กับญาติ

จากลักษณะของครอบครัวไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นเมื่อครอบครัวใดมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลให้ต้องมีบุคคลในครอบครัวทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะดำเนินการดำเนินชีวิตประจำวันและพาผู้ป่วยไปรักษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาที่เป็นปัญหาซ้ำ

แล้วซ้ำอีก ถ้าครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ ครอบครัวจะสามารถทำหน้าที่ต่อไปได้ แต่ถ้าครอบครัวไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมก็จะเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัว นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคจิตเภทยังอาจก่อให้เกิด ความไม่สมดุลของครอบครัวในวันข้างหน้าได้ ครอบครัวอาจรู้สึกถึงความไม่แน่นอน ความรู้สึกมีมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยๆ (ภุมมาภิชาติ แสงเขียว, 2542)

## 2.1 ความหมายและความสำคัญของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลในครอบครัว คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการช่วยเหลือต้องไม่ได้รับค่าตอบแทน เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

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

2.1.1 ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย

2.1.2 ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่มีหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราว ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

Orem (1995) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพา โดยมีส่วนส่งเสริมความอยู่รอด และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ซึ่งผู้ดูแล ได้แก่ ภรรยา สามี หรือญาติ

จินตนา จักรปิง (2552) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยผู้ที่ให้การดูแลอาจเป็นสามี ภรรยา บุตรหลาน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน หรือคนละบ้านก็ได้ ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่คิดค่าตอบแทนหรือรางวัลใดๆ ทั้งสิ้น

สรุปผู้ดูแลหมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขโดยผู้ดูแลอาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรหลาน พี่น้อง ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

## 2.2 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ยาวนานส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้

2.2.1 ด้านร่างกาย มีเวลาในการพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไป นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ใจ สิ้น รับประทานอาหารได้น้อยลง เหนื่อย อ่อนล้า อ่อนเพลีย บางรายได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วย ทำร้ายร่างกาย (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543; นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

2.2.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลมีความรู้สึกทุกข์ใจ โกรธ ผิดหวัง (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) และรู้สึกอับอายเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมและรู้สึกเป็นตราบาป (Glendy and Mackenz, 1998)

2.2.3 ด้านสังคม ขาดความเป็นอิสระ ทำให้ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543; เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและทอดทิ้งจากเพื่อน (มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และ พรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544; Eakes, 1995)

2.2.4 ด้านสังคม ขาดความเป็นอิสระ ผู้ดูแลต้องหยุดงานประจำทั้งวัน ใช้เงินเพิ่มขึ้นในการดูแล ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้ และเงินออมลดลงทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง (รัชนิกร อุปเสน, 2541; Glendy and Mackenzie, 1998) เป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (นมิตาล.สกุล, 2544)

สรุปผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม ขาดความเป็นอิสระผู้ดูแล ทำให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ต้องหยุดงานประจำทั้งวัน ใช้เงินเพิ่มขึ้นในการดูแล ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้

### 2.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้าน ดังนี้

2.3.1 ด้านอารมณ์ ให้สมาชิกทุกคนได้รับความรัก ความอบอุ่น ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของสมาชิก หล่อหลอมบุคลิกภาพให้แก่สมาชิก

2.3.2 ด้านการอบรมสั่งสอนให้รู้ระเบียบทางสังคม ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่จำเป็นให้สมาชิกที่เป็นเด็ก ได้รับรู้สมรรถนะทางสังคมของตน ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว

2.3.3 ด้านการสร้างสมาชิกใหม่ เพื่อความต่อเนื่องของครอบครัวและดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ในสังคม

2.3.4 ด้านการดูแลสุขภาพ ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดอาหาร เครื่องแต่งกาย ที่พัก และมีการดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วย

ดังนั้นความรับผิดชอบครอบครัวในการดูแลมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งความรับผิดชอบที่จะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องชุมชนที่บ้านมีดังนี้ (Horowitz, 1982 อ้างถึงใน ดร.ณิ คชพรหม, 2543)

1) การดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ หลักสำคัญในการดูแล คือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองมากที่สุด กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยทั้ง ด้านการรักษาความสะอาดร่างกาย ด้านการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมช่วยทำงานเล็กๆ น้อยๆ ภายในบ้าน ด้านการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาและติดต่อกับโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษา ด้านการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ด้านการดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ด้านการออกกำลังกาย ด้านการฝึกทักษะทางสังคม ด้านการปรับตัวในการเผชิญปัญหา ด้านการทำให้เกิดความมั่นใจ ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

2) การประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความ

เป็นจริงให้มากที่สุด สนับสนุนด้านอารมณ์ และจิตใจแก่ผู้ป่วย การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายสำหรับความจำเป็นพื้นฐานของผู้ป่วย

สรุปการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องดูแลทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งความรับผิดชอบที่จะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในบ้านด้วย ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆคือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองมากที่สุด รวมทั้งการประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์

### 3. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

#### 3.1 ความหมายพฤติกรรมการดูแล

การดูแล ความหมาย ของการดูแลตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 หมายถึง การเอาใจใส่ปกป้องรักษา ปกครอง

การดูแล เป็นพฤติกรรมระหว่างบุคคลที่เป็นกระบวนการกระทำที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ และการอยู่รอดของชีวิต หรือเพื่อจุดประสงค์ใด จุดประสงค์หนึ่ง เป็นความรู้สึกที่มีร่วมกัน เช่น การดูแลระหว่างบุคคลในครอบครัว การดูแลระหว่างเพื่อน เป็นต้น (ยี่สุน์ ใจดี , 2540)

Mayeroff 1971 cited in Wolf 1986 นักปราชญ์กล่าวว่า การดูแลบุคคลนั้นมีความหมายสำคัญอยู่ที่การช่วยเหลือให้บุคคลเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง โคน จะต้องเกิดขึ้นเป็นกระบวนการ ละแนวทางของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกันโดยองค์ประกอบของการดูแลตามแนวคิดนี้มี 8 ประการ

1) ความรู้ (Knowing) ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคล ความต้องการและวิธีการตอบสนองความต้องการของบุคคลนั้น

2) ความจริงใจ (Honesty) ผู้ดูแลมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกแท้จริงของตน ที่จะให้การช่วยเหลือบุคคล

3) ความไว้วางใจ (Trust) ผู้ดูแลบุคคลที่ได้รับการดูแลเพื่อก่อให้เกิดความไว้วางใจ ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สุภาพซึ่งกันและกัน

4) ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) ความรู้สึกอ่อนน้อมจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากผู้รับการดูแล อีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้ดูแลของตนเอง

5) ความอดทน (Patience) ผู้ดูแลมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเองให้เขาพัฒนาศักยภาพของตนเอง

6) ความหวัง (Hope) ผู้ดูแลต้องมีความหวังว่าการช่วยเหลือของตนจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาผู้รับการดูแล เป็นการมองไปในอนาคต เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

7) ความกล้าหาญ (Courage) เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล

8) การเลือกแนวทางการช่วยเหลือบุคคล (Alternating rhythm) เป็นการเรียนรู้ผลของ

การดูแลจากประสบการณ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการคงไว้ หรือปรับพฤติกรรมในการช่วยเหลือบุคคล  
 สรุปรูปการดูแลหมายถึงการเอาใจใส่ ปกป้องดูแล เป็นการช่วยเหลือบุคคลอื่น เพื่อดำรงไว้ซึ่ง  
 ความเป็นมนุษย์ และการอยู่รอดของชีวิต หรือเพื่อจุดประสงค์ใดจุดประสงค์หนึ่ง เป็นความรู้สึกที่มี  
 ร่วมกัน เช่น การดูแลระหว่างบุคคลในครอบครัว การดูแลระหว่างเพื่อน เป็นต้น

### 3.2 ทฤษฎีการดูแล และทฤษฎีพฤติกรรมนิยม

3.2.1 ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson's Theory of transpersonal Caring) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน มี 7 ข้อ  
 ดังนี้

- 1) การดูแลสามารถแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปฏิบัติได้  
 ระหว่างบุคคล
- 2) การดูแลประกอบด้วยปัจจัยการดูแล ซึ่งสามารถช่วยให้สนองความ  
 ต้องการของบุคคล
- 3) การดูแลที่มีประสิทธิภาพย่อมส่งเสริมสุขภาพและให้ความเจริญงอกงาม  
 แก่ครอบครัว
- 4) การตอบสนองการดูแลจะยอมรับบุคคลเท่ากัน
- 5) สภาพแวดล้อมเพื่อการดูแลจะเสริมพัฒนาการในด้านศักยภาพ และ  
 ยอมให้บุคคลเลือกกระทำสิ่งที่ดีที่สุดในช่วงเวลาที่กำหนด
- 6) การดูแลให้การสร้างเสริมคุณภาพได้ดีกว่าการรักษา
- 7) การปฏิบัติดูแลเป็นแกนกลางของการพยาบาล

แนวคิดหลักของทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสันคือ การดูแลที่เน้น  
 ความเป็นมนุษย์ และในองค์รวมของมนุษย์ประกอบด้วย 3 มิติ คือ กาย จิต และจิตวิญญาณไม่  
 สามารถแยกจากกันได้ ซึ่งเป้าหมายของการดูแลตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์ คือ ให้บุคคลมีภาวะดุลย  
 ภาพของกาย จิต และจิตวิญญาณ กระบวนการของการดูแลจะเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล  
 และผู้รับการดูแล ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลองค์รวมของกาย จิต และวิญญาณ การดูแลเกิดขึ้นใน  
 สถานการณ์เฉพาะที่บุคคลทั้งสองเข้าใจกัน (Transpersonal caring) มีการรับรู้ตรงกันในการ  
 ตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้น เป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค  
 (Coparticipant) กระบวนการดูแลที่จะทำให้เข้าถึงจิตใจกันได้ต้องอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ปัจจัยที่มี  
 ผลต่อการดูแลและเป็นโครงสร้างของทฤษฎี ดังนี้

1) สร้างระบบค่านิยมที่บอกความเป็นคน ความไม่เห็นแก่ตัวของตนเป็นการให้ความพึงพอใจ  
 ด้วยการเป็นผู้ให้แก่ผู้อื่น และขยายออกไปยังเพื่อนมนุษย์เป็นประสบการณ์ที่สร้างความงอกงามของ  
 บุคคล

2) สร้างความศรัทธาและความหวัง กำหนดบทบาทของพยาบาลในลักษณะการส่งเสริมความ  
 อยู่ดี และสร้างความสำเร็จในบทบาทด้วยการช่วยผู้ป่วยปรับพฤติกรรม แสวงหาความช่วยเหลือด้วย  
 การใช้อำนาจในการที่ถูก ด้วยการประคับประคองผู้ป่วย และด้วยการพัฒนาสัมพันธ์ภาพระหว่าง  
 พยาบาลและผู้ป่วยให้สำเร็จ รวมทั้งการให้ความสำคัญแก่ความศรัทธาและความหวังว่าจำเป็นอย่างยิ่ง  
 ในกระบวนการของการดูแลรักษา

3) ให้ออกใจต่อความรู้สึกทั้งของตนเองและผู้อื่น ให้เกิดการประจักษ์ในคุณค่าแห่งตนด้วยการยอมรับตนเอง และช่วยให้พยาบาลได้แสดงความรู้สึกซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาด้วย

4) สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือไว้วางใจ ให้การเกื้อหนุนดูแล เอาใจใส่ในความอบอุ่นและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

5) ส่งเสริมให้แสดงความรู้สึกออกมาทั้งในทางบวกและลบ โดยการแลกเปลี่ยนความรู้สึกเตรียมตัวเองเพื่อรับรู้ทั้งในทางบวกและลบ

6) ใช้วิธีการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจอย่างเป็นระบบ นำวิธีการทางวิทยาศาสตร์และการแก้ไขปัญหามาใช้เพื่อดูแล โดยความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ที่ใช้นั้นเป็นพื้นฐานของการพยาบาล

7) ส่งเสริมการเรียนการสอนระหว่างกัน ให้ผู้ป่วยได้รับการควบคุมด้านสุขภาพสูงสุดให้ข้อมูลและทางเลือก สร้างความสามารถในเรื่องการดูแลตนเอง กำหนดความต้องการ และให้ความเจริญงอกงาม

8) จัดสภาพแวดล้อมที่เป็นการประคับประคอง ป้องกัน แก้ไขทางด้านกายภาพ จิตใจ สังคมวัฒนธรรมและวิญญาณประเมินและเอื้ออำนวยความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยเพื่อความอยู่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และให้เข้าใจว่าสภาพแวดล้อมของบุคคลย่อมรวมถึงการพึ่งพากันและกันซึ่งสภาพแวดล้อมนั้นมุ่งเน้นความสุขสบาย ความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัย ความสะอาดและสุนทรีย์

9) ช่วยเหลือโดยมุ่งสนองความต้องการของบุคคล ให้ความเข้าใจความต้องการทั้งในด้านพยาบาลและผู้ป่วย โดยให้บรรลุความต้องการระดับล่างก่อนและค่อยๆ เพิ่มการสนองความต้องการที่สูงขึ้น ทั้งทางชีวภาพ ทางกาย จิต ทางจิตสังคม และทางด้านสัมพันธภาพภายในและระหว่างบุคคล

10) ให้อำนาจในการเลือกปรากฏการณ์ ให้ความเข้าใจตนจากที่ประสบด้วยตนเอง ประสบการณ์จะช่วยให้เกิดการรับรู้ในบุคคลรวมทั้งช่วยให้เข้าใจตนเองและผู้อื่นดีขึ้น

### 3.2.2 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ผู้กำเนิด คือ สกินเนอร์ (Skinner) และวัตสัน

(Watson) แนวคิดทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรมนิยมมีความเชื่อว่า พฤติกรรมมนุษย์ทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ มิใช่เกิดจากแรงผลักดันภายในหรือเกิดจากการมี ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือสิ่งแวดล้อม แต่เป็นสิ่งที่เกิดจากการที่มนุษย์ได้มีประสบการณ์มีการเรียนรู้เกิดขึ้น มนุษย์มีการโต้ตอบต่อสิ่งเร้า การกระทำพฤติกรรมมนุษย์ ก็เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ความเชื่อของกลุ่มพฤติกรรมนิยมจึงเป็นการเรียนรู้ โดยเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกอย่างเหมาะสมจะได้รับการเสริมแรงทางบวกและทำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมนั้นๆอีก ส่วนพฤติกรรมปรับตัวไม่เหมาะสมสามารถแก้ไขได้ด้วยการให้การเรียนรู้ใหม่และการเสริมแรงที่ถูกต้องวิธีการนี้เรียกว่าพฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) มุ่งการควบคุมพฤติกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยพยายามขจัดหรือลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) พฤติกรรมบำบัดมีหลายรูปแบบที่รู้จักกันดี คือ การวางเงื่อนไขชนิดแสดงการกระทำ (Operant conditioning)

การวางเงื่อนไขชนิดแสดงการกระทำเจ้าของทฤษฎีคือสกินเนอร์ (Skinner) เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากผู้เรียนเป็นผู้กระทำพฤติกรรมเอง โดยมีต้องรอให้มีสิ่งเร้าจากภายนอกมากระตุ้น เช่น การเดิน การพูด การรับประทาน เมื่อผู้เรียนกระทำแล้วจะได้รับรางวัล ซึ่งรางวัลจะเป็นผลให้ผู้เรียน



กระทำพฤติกรรมนั้นๆอีกสกินเนอร์ (Skinner) เห็นว่าพฤติกรรมของคนส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้แบบ การวางเงื่อนไขชนิดแสดงการกระทำ การจะให้เกิดพฤติกรรมใหม่จะต้องใช้แรงเสริม (Reinforcement) สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการเสริมแรง อาจเป็นรางวัล ซึ่งจะทำให้พฤติกรรมที่เราต้องการ อยู่ย่นานหรือเกิดบ่อยขึ้น ดังนั้นการเลือกใช้แรงเสริมให้เหมาะสมกับบุคคลและสถานการณ์ จึงเป็นสิ่ง จำเป็นอันดับแรกที่นักพฤติกรรมบำบัด จะต้องพิจารณาการปรับพฤติกรรมโดยกระบวนการวาง เงื่อนไขชนิดแสดงการกระทำจะสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับประเภทแรงเสริมที่ใช้ความถี่ของการเสริมแรง ความสม่ำเสมอของการเสริมแรง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

**ชนิดตัวเสริมแรง** การเสริมแรงทำให้เกิดความถี่ของพฤติกรรมเกิดขึ้น ช่วยทำให้ พฤติกรรมที่ต้องการคงอยู่ย่นานดังนั้นการเลือกใช้แรงเสริม ต้องให้เหมาะสมกับบุคคลและสถานการณ์ ตัวเสริมแรงที่นิยมใช้ในการวางเงื่อนไข เพื่อปรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์มี 5 ชนิด คือ

1) อาหารหรือสิ่งเสพได้ (Material reinforcements) เช่น ขนม สตางค์ ตัวดู ภาพยนตร์ ซึ่งเป็นสิ่งที่สัมผัสได้ ทำให้ผู้รับมีความสุข เรียกตัวเสริมแรงนี้ว่าตัวเสริมแรงปฐมภูมิ (Primary reinforcers)

2) แรงเสริมทางสังคม (Social reinforcements) ได้แก่ การยิ้มการชมเชย การ ยอมรับแก่ผู้ทำในสิ่งที่เราต้องการเรียกตัวเสริมแรงนี้ว่า ตัวเสริมแรงทุติยภูมิ (Secondary reinforcers)

3) ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม (Activity reinforcements) เป็นกิจกรรมที่บุคคล ชอบทำมากที่สุดมาเสริมแรงกิจกรรมที่บุคคลชอบน้อยที่สุด เช่น ผู้ป่วยชอบดูโทรทัศน์แต่ไม่ชอบ อาบน้ำก็อาจใช้การดูโทรทัศน์เสริมแรงการอาบน้ำ โดยวางเงื่อนไขว่าต้องอาบน้ำก่อนแล้วจึงดู โทรทัศน์

4) เบี้ยอรรถกร (Token economy) ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิต เวช กำลังรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นวิธีให้รางวัลแก่ผู้ป่วย ถ้าหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ รางวัลที่ให้อาจเป็นเงิน หรือสัญลักษณ์บางอย่างที่ผู้ป่วยอาจนำไปแลกเปลี่ยนของได้ เช่น เงินหลาย เหรียญ อาจนำไปแลกเปลี่ยนเป็นเครื่องดื่ม ขนมหรืออาจเป็นเหรียญ 1 เหรียญมีค่าเท่ากับ 1 บาท หรืออาจ เป็นการให้ดาวแต้ม หรือคะแนนเป็นตัวเสริมแรงโดยที่ให้ดาว หรือคะแนนนั้นสามารถนำไปแลกเปลี่ยน ตัวเสริมแรงอื่น ๆ ได้

5) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Informative feedback) การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นการ บอกว่า สิ่งที่คุณคนนั้นกระทำให้ผลอย่างไร ซึ่งการรู้ผลของการกระทำ อาจเป็นตัวเสริมแรงให้คุณคน นั้นทำกิจกรรมที่เหมาะสมต่อไป อย่างไรก็ตามการให้ข้อมูลย้อนกลับถ้าใช้ด้วยของมันเดียวๆ อาจ ไม่ได้ผล ถ้าต้องการให้ได้ผลควรให้ข้อมูลย้อนกลับคู่กับการเสริมแรงอื่น ๆ เช่น ตัวเสริมแรงทางสังคม หรือ เบี้ยอรรถกร (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2545)

เทคนิคที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยวิธีการวางเงื่อนไข ชนิดแสดงการ กระทำมีอยู่หลายเทคนิคแต่เทคนิคที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสริมสร้างทักษะการ ดำเนินชีวิตประจำวันที่นิยมใช้มี 2 ลักษณะ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1) การใช้แรงเสริมทางบวก (Positive reinforcement) แรงเสริมทางบวก คือ แรงเสริมที่จะช่วยให้พฤติกรรมที่เราต้องการเกิดขึ้นบ่อย กระบวนการให้แรงเสริมนี้ ก็คือจะให้แรงเสริมนี้ ภายหลังจากบุคคลมีพฤติกรรมที่เราต้องการเป็นวิธีการให้แรงเสริมที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและค่อนข้างจะได้ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแรงเสริมที่ให้อาจจะเป็นรางวัลหรือเครื่องหมาย (Token) หรือเป็นเบี้ยสามารถใช้แลกเปลี่ยนเป็นสิ่งที่ของได้ เช่น ขนม หรือแรงเสริมอาจเป็นคำชมเชย การยิ้ม จุดมุ่งหมายของการใช้แรงเสริมทางบวกก็เพื่อให้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นบ่อย ๆ และคงอยู่นาน ๆ

2) การให้แรงเสริมทางลบ (Negative reinforcement) การให้แรงเสริมทางลบคือ การทำให้มีพฤติกรรมที่ต้องการ โดยใช้สิ่งเร้าโดยที่ไม่น่ารื่นรมย์ (Unpleasant stimuli หรือ Aversive stimuli) พฤติกรรมการตอบสนองนี้จะอยู่ในรูปการยุติสิ่งเร้านั้นๆ เสียหรือ หนีจากสิ่งเร้านั้นๆ เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมให้ผู้ป่วยทำความสะอาดบ้านเรือนซึ่งเป็นงานที่ผู้ป่วยไม่ชอบ เพื่อให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

### 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ประกอบด้วยปัจจัยด้านต่างๆ ดังนี้

#### 3.3.1 ปัจจัยด้านประชากรและปัจจัยทั่วไป ประกอบด้วย

1) ปัจจัยด้านประชากรของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และเศรษฐกิจของครอบครัว

2) ปัจจัยทั่วไปของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และการรับรู้แหล่งช่วยเหลือ

#### 3.3.2 การรับรู้ของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

#### 3.3.3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาของผู้ที่ทำหน้าที่

ดูแล

3.3.4 การรับรู้ผลกระทบจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแล

สรุปพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีหลายปัจจัย ต้องเข้าใจและให้ความสำคัญทุกปัจจัยเพื่อช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 3.4 การประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

มีการศึกษาและอธิบายถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลไว้ ดังนี้

อร่ามศรี เกสจินดา (2537) ได้อธิบายถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติว่าญาติไม่ควรหวังมากเกินไป ควรเข้าใจถึงธรรมชาติของโรคว่าผู้ป่วยมักจะซึมเศร้า ไม่กระตือรือร้น และนอนมากเกินไป ซึ่งดูเหมือนว่าเป็นคนขี้เกียจมาก ญาติไม่ควรคิดว่าผู้ป่วยแกล้ง ควรยอมรับสภาพว่าผู้ป่วยเองอาจมีความสุขกับการแยกตัวมากกว่าการเข้าสังคม การช่วยเหลือคือ “ผ่อนปรน” คือ อนุญาตบ้างแต่ไม่ใช่

ยอมหมด เพราะการกระตุ้นมากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ เช่น มีหิวแหว่ หวาดระแวง หรืออะอะวุ่นวายได้ ซึ่งแนวทางปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สรุปได้ดังนี้

- 1) ยอมรับผู้ป่วย
- 2) จู้จี้ขี้บ่นให้น้อยที่สุด
- 3) อย่ากระตุ้นผู้ป่วยมากเกินไป
- 4) อย่าแสดงความกระตือรือร้นต่อผู้ป่วยมากเกินไป
- 5) อย่ายุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยจนเกินไป
- 6) อนุญาตให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวบ้างตามความเหมาะสม

ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) ได้ผสมผสานแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

จิตเภทของผู้ดูแลร่วมกับทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson , 1985) นำมาปรับเป็น พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ 10 ด้าน ดังนี้

- 1) ให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยจิตเภท

ความเมตตาจัดเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้ผู้ดูแลเต็มใจที่จะปฏิบัติกรช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง สามารถแสดงออกโดยการปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความสุภาพอ่อนโยน เห็นอกเห็นใจในความเจ็บป่วยตามสมควร จริงใจและมีความอดทนภายใต้สภาวะการณ์ของการดูแล เสียสละเวลาในการดูแลช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนหรือค่าจ้างรางวัลใดๆ

- 2) ให้กำลังใจและให้ความหวัง

ผู้ดูแลจะมีบทบาทที่สำคัญที่สุดที่จะส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความหวังที่เป็นจริงได้ของผู้ป่วยจิตเภท แสดงออกได้ทั้งทางวาจาและท่าที เช่น การกล่าวชมเชยในความสำเร็จของผู้ป่วยแม้ในเรื่องเล็กน้อยก็ตาม ให้อภัยและยอมรับต่อความล้มเหลวของผู้ป่วย เช่น โอบกอด แสดงความเห็นใจ และการกระตุ้นให้ปฏิบัติในสิ่งที่สามารถทำได้จนสำเร็จ รวมทั้งการบอกกล่าวให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของเขาเอง เช่น เมื่อผู้ป่วยช่วยตัวเองได้มากขึ้น แต่งตัวสะอาดเรียบร้อยมากขึ้น รับผิดชอบกินยาเอง เป็นต้น

- 3) สังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างทันท่วงที

ความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเองที่พบบ่อยคือ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ อาการข้างเคียงจากยา เช่น ตัวแข็ง ลิ้นคับปาก น้ำลายไหล เดินไม่แกว่งแขนและพูดขณะลิ้นแข็ง อาการเหล่านี้ไม่เป็นอันตราย ควรให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้แพ้ หากอาการยังไม่หาย ควรปรึกษาผู้รักษา ในบางรายจะอ้วนขึ้นเนื่องจากยากระตุ้นให้มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น จึงควรควบคุมอาหารประเภทแป้ง ไขมันและน้ำตาล รวมทั้งออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ด้านอารมณ์ที่พบบ่อย ได้แก่ ผู้ป่วยซึมเฉย ไม่ยอมพูด หงุดหงิด โกรธง่าย เมื่อพบอาการดังกล่าวผู้ดูแลควรเข้าไปซักถาม ค้นหาสิ่งที่มากระทบจิตใจ แสดงความสนใจและเสนอตัวเข้าช่วยเหลือ ในบางรายถึงกับคุ้มคลั่ง คุร้ายและก่อความวุ่นวายทั่วไป ผู้ดูแลควรปฏิบัติดังนี้ คือ

- มีท่าทางสงบต่อพฤติกรรมผู้ป่วย
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกโกรธและไม่พึงพอใจ
- ผู้ป่วยที่อะอะอาละวาด ทำลายสิ่งของ ทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น ควรผูกมัด หรือจำกัดขอบเขตผู้ป่วยชั่วคราว จากนั้นรับนำส่งโรงพยาบาล

#### 4) มีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ

สัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจผู้ดูแล ซึ่งแสดงออกโดยการแสดงความห่วงใยอย่างจริงใจและเป็นธรรมชาติ ซักถามสารทุกข์สุกดิบในแต่ละวัน ในขณะที่เดียวกับผู้ดูแลก็ควรบอกกล่าวความรู้สึกและความต้องการของตนเองอย่างเปิดเผยด้วย รวมทั้งการได้ร่วมกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันกับผู้ป่วย เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ประกอบอาหาร รับประทานอาหารร่วมกัน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อการเสริมสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

#### 5) แสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภททั้งด้านบวกและด้านลบ

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความรับผิดชอบของความนึกคิด พฤติกรรมและอารมณ์และมีการแสดงออกที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม หากผู้ดูแลเข้าใจสาเหตุของพฤติกรรมต่างๆ แล้วควรยอมรับฟังพร้อมให้อภัย แสดงออกโดยการไม่แสดงอาการรังเกียจหรือตำหนิผู้ป่วย ไม่ดูถูกเหยียดหยามแต่ก็ไม่ควรตามใจหรือสนับสนุน ควรพยายามอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจด้วยเหตุผลอย่างใจเย็น ไม่ตอบสนองความต้องการเมื่อผู้ป่วยมีการแสดงวาทะทางที่ไม่เหมาะสม

#### 6) แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล

การพิจารณาแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบเชื่อมโยงจากเหตุสู่ผล มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งจะนำไปสู่การสืบค้นหาสาเหตุของปัญหา โดยการซักถามจากผู้ป่วยเอง บุคคลรอบข้าง หรือทีมบุคลากรที่รักษาผู้ป่วย และจากการสังเกตของผู้ดูแลเองเมื่อทราบสาเหตุที่แท้จริงแล้ว ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้พูดคุยกันแทนการตำหนิดูว่าหรือปราบให้สงบตรวจสอบถามเหตุผลของพฤติกรรมดังกล่าว หากเป็นความเข้าใจผิดจำเป็นต้องอธิบายถึงสิ่งที่ถูกต้องให้ฟัง หากเป็นการรับรู้ที่ผิด เช่น มีประสาทหลอน แล้วเกิดความกลัว ผู้ดูแลอาจต้องคอยอยู่เป็นเพื่อนพร้อมกับบอกเล่าความเป็นจริง (Presenting reality) ให้ฟัง

#### 7) ชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ผิดพลาด จึงมักแสดงพฤติกรรมตามการรับรู้ที่ผิดเช่น แยกตัวหวาดระแวง กลัว วิดตักังวลรุนแรง เป็นต้น ผู้ดูแลจะช่วยบรรเทาอาการเหล่านี้ได้ด้วยการเข้าไปอยู่เป็นเพื่อน ให้ความมั่นใจ เอาใจใส่ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงออกอย่างเหมาะสม เช่น การทักทาย ยิ้มแย้ม พูดคุยกับผู้อื่น เป็นต้น

#### 8) จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย

ผู้ดูแลคือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญเป็นอันดับแรกของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ให้มีบรรยากาศของความรัก ความอบอุ่นและปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีความเป็นอยู่ที่ดีตามอัตรภาพ ซึ่งผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้โดยการจัดที่อยู่อาศัยให้สะอาดอากาศถ่ายเทสะดวก ปลอดภัยทั้งจากสิ่งที่จะเป็นอันตราย และสิ่งที่กระตุ้นการกำเริบของโรค คอยเชื่อมประสานให้มีความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว

### 9) ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความต้องการที่พิเศษหรือแตกต่างจากบุคคลทั่วไป เช่น ต้องกินยาต่อเนื่อง ครบถ้วนเป็นเวลานานพอสมควรหรือตลอดชีวิต ต้องการความเข้าใจในอารมณ์และความรู้สึก มากกว่าปกติ ต้องการความเข้าใจและยอมรับจากบุคคลทั่วไป และท้ายที่สุด คือต้องการมีชีวิตที่ผาสุก ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม ดังนี้

9.1 การตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลให้อาหารและน้ำ อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน การกินยาตามจำนวนและวันเวลาอย่างถูกต้อง ช่วยเหลือเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกาย ปากและฟัน และการทำความสะอาดหลังขับถ่าย มีการพักผ่อนนอนหลับ ออกกำลังกาย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือช่วยประกอบภาระงานอาชีพ

9.2 ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะมีความเปราะบางของอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความรู้สึกนึกคิดและไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เช่น การยิ้ม หัวเราะคนเดียว การร้อง ตะโกนที่สาธารณะ เป็นต้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือ โดยการบอกเล่าและแสดงเป็นแบบอย่างของการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

9.3 ตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม ผู้ดูแลปฏิบัติโดยการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและทำกิจกรรมต่างๆ ในและนอกครอบครัวตามความเหมาะสม และให้ความเคารพนับถือตามสมควร

### 10) ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต

ความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิตจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีพลังในการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปซึ่งผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้โดยการให้ผู้ป่วยยอมรับในสิ่งที่ป็นธรรมชาติของชีวิต เช่น การเกิด แก่ เจ็บ ตาย อุบัติภัยต่างๆ หรือ การเจ็บป่วยของตนเอง รวมทั้งฝึกให้มีความอดทนต่อความผิดหวัง บ้าง และสนับสนุนให้ปฏิบัติศาสนกิจเพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การไหว้พระ สวดมนต์และนำหลักคำสอนทางศาสนาไปปฏิบัติ เป็นต้น

สำหรับรายงานการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ เกี่ยวกับประเด็นการดูแลผู้ป่วยโรคทางจิต โดยผู้ดูแลมีดังนี้

Linda and LouEllen (1989) ได้ศึกษาปัญหาจากการดูแลและสาเหตุของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในมารดาผู้ป่วย ซึ่งในส่วนของวิธีการดูแล ดังนี้คือ

- 1) การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Maintaining an adequate physical environment)
- 2) ดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน (Managing activities of daily living)
- 3) การประสานกับผู้รักษาและหน่วยงานอื่น (Coordinating medical and social services)

Tuck et all (1997) ศึกษาประสบการณ์การดูแลบุตรชายที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ศึกษาในผู้ปกครอง 9 ราย ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสรุปว่าประกอบด้วย การเฝ้าดู (Watching) การปกป้อง (Protecting) พยายามช่วยเหลือ (Seeking help) และการเสียสละความต้องการส่วนตัว (Sacrifice of personal needs)

Judith (1980) ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังในชุมชน ในส่วนของรูปแบบการดูแลนั้น ได้อธิบายถึงความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งแบ่งออกเป็น 3 เรื่องได้แก่

1) สิ่งจำเป็นพื้นฐานของชีวิต ได้แก่อาหาร เสื้อผ้า การมีรายได้ การดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ และการได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย

2) การใช้เวลาให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า (Meaningful use of time) ได้แก่การทำงาน อาชีพ การทำกิจวัตรและนันทนาการ การศึกษา และการปฏิบัติศาสนกิจ

3) ดูแลให้ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Access to medication)

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลของยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) ที่ได้ผสมผสานแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลร่วมกับทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson , 1985) มาใช้เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุม

#### 4. การให้สุขภาพจิตศึกษา

##### 4.1 ความหมายของการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation)

การให้สุขภาพจิตศึกษามีหลายคำที่ใช้ในความหมายเดียวกัน เช่น การให้ความรู้กับผู้ป่วย (Patients education) การสอนผู้ป่วย (Patients teaching) การให้คำแนะนำผู้ป่วย (Patients instruction) ซึ่งมีผู้ให้คำจำกัดความของการให้สุขภาพจิตศึกษาไว้ดังนี้

Anderson et al. (1980) กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นรูปแบบการให้บริการความรู้ทางสุขภาพจิต มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา ขจัดความคิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง โดยการให้ข้อมูล ความรู้ รวมถึงการประคับประคองด้วย

Christine Rummel-Kluge (2006) กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการกำหนดแบบแผน ลักษณะ รูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งรวมถึงการควบคุมจัดการด้านอารมณ์ให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองร่วมกับสมาชิกในครอบครัวสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ และช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยทางจิตได้

Goldman (1988 cited in Litrell et al., 2006) ได้ให้ความหมาย การให้ สุขภาพจิตศึกษา ในหน่วยงานทางจิตเวชเป็นการให้ความรู้ หรือฝึกอบรมบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ขอบเขตของเนื้อหาจะสนับสนุนเป้าหมาย เพื่อการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

พิเชษฐ อุดมรัตน์ (2552) กล่าวว่า การให้ สุขภาพจิตศึกษา เป็นกลวิธีการรักษาชนิดหนึ่งที่ไม่ใช่ยาเป็นการให้ข้อมูลชนิดการสอนที่มีโครงสร้างชัดเจนและเป็นระบบโดยข้อมูลที่ให้เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษา ซึ่งรวมทั้งประเด็นทางอารมณ์ด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการสอนสุขภาพจิตศึกษาสามารถที่จะรับมือหรือจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นได้

สรุป ความหมายของสุขภาพจิตศึกษาคือรูปแบบของการบำบัดรักษาชนิดหนึ่ง เป็นการให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับโรค การรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถที่จะรับมือหรือจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นได้

## 4.2 แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา

การสอนสุขภาพจิตเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง เป็นการบูรณาการ เป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยให้โรคและการเจ็บป่วยดีขึ้น การสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นกระบวนการจัดโอกาสและประสบการณ์การเรียนรู้แบบกลุ่ม เกี่ยวกับดูแลสุขภาพอย่างมีระยะ และมีจุดหมายที่จะให้สมาชิกร่วมกันคิดหาเหตุผล เลือกและตัดสินใจที่จะปฏิบัติ โดยมีรูปแบบการให้ความรู้ คือ การประคับประคอง (Supportive) และการบริการด้านความรู้ (Education) มีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skill services) และการขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas)

การสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติตัว การรับประทายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทายและร่วมมือในการรักษามากขึ้น และลดอัตราการกำเริบซ้ำและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

## 4.3 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษามีลักษณะแตกต่างกันโดยมีรูปแบบต่างๆดังนี้ (Williams, 1989)

1. การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ฝึกทักษะและสามารถดูแลตนเองได้

2. การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่ม โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3. การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม มีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวตามแนวคิดของ Anderson เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแลผู้ป่วย (Anderson et al., 1980) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิต ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) การให้สุขภาพจิตศึกษาถือว่าการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งที่การรักษาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคองและการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษา ซึ่งจะย่นระยะเวลาการเจ็บป่วย และการอยู่โรงพยาบาลลงได้ (จิราพร รักการ, 2549) ประกอบด้วย

1. การสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกครอบครัวเกิดความไว้วางใจและยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวยังสามารถลดการกลับเป็นซ้ำได้ (ละเอียต รอดจันทร์, 2542)

2. การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ได้บ้าง การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยจนสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

3. การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วย

5. การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ การสนับสนุนของครอบครัวจะช่วยส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ เมื่อครอบครัวได้รับการประคับประคองจากบุคลากรทางสุขภาพจิต ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจึงเป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทำให้สามารถลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรก (Harter, 1988 อ้างในอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

โดยสรุปรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสภาพทางจิต อาจจัดขึ้นเป็นรายบุคคล รายกลุ่มหรือครอบครัว ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ มีลักษณะที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว

## 5. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

### 5.1 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอาศัยหลักการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีหลักสำคัญ 4 ประการ คือ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543) เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน

1) ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ทำทหายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้ที่เรียกว่า Active Learning

2) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยตนเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน

3) ปฏิสัมพันธ์ที่มี ทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง

4) มีการสื่อสารโดยการพูด หรือการเขียน เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้



## 5.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

### 5.2.1 ทฤษฎีปัญญานิยม

เป็นทฤษฎีการเรียนรู้ที่เน้นการรับรู้โดยส่วนรวมมากกว่าที่จะมุ่งเน้นส่วนย่อยๆ

นักจิตวิทยาในกลุ่ม Gestalt มีความเชื่อว่า ผู้ฟังจะเกิดการเรียนรู้ได้จะต้องเป็นผู้ลงมือกระทำหรือเป็นผู้ที่ริเริ่มหรือกระตือรือร้น Piaget (อ้างใน สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2537) เชื่อว่า การเรียนรู้เกิดจากการที่ผู้เรียนเป็นผู้ริเริ่ม เป็นผู้กระทำที่มีปฏิกริยากับสิ่งเร้าหรือสิ่งที่จะต้องเรียนรู้ ผู้เรียนจะต้องเป็นผู้ลงมือกระทำให้เกิดขึ้น ดังประโยคที่ว่า learning by doing หลักในการจัดการเรียนการสอนตามทฤษฎีปัญญานิยม คือ

5.2.1.1 เน้นความสำคัญของผู้ฟัง ถือว่าผู้เรียนสามารถควบคุมกิจกรรมการเรียนรู้ของตน (self-regulation) ได้และเป็นผู้ริเริ่มหรือลงมือกระทำ ฉะนั้นผู้สอนจึงมีหน้าที่จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ ให้โอกาสผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

5.2.1.2 การสอนควรเริ่มจากประสบการณ์ที่ผู้ฟังคุ้นเคยหรือประสบการณ์ที่ใกล้เคียงไปหาประสบการณ์ที่ไกลตัว เพื่อให้ผู้เรียนมีความเข้าใจมากขึ้น

### 5.2.2 ทฤษฎีมนุษยนิยม

นักจิตวิทยาในกลุ่มมนุษยนิยมเชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพที่จะนำตนเอง เรียนรู้ด้วยตนเองได้ และมีความคิดสร้างสรรค์ที่จะพัฒนาตนเองเต็มที่ตามศักยภาพของตน Rogers ได้เสนอหลักการเรียนรู้แบบมนุษยนิยมว่า โดยตามธรรมชาติแล้วมนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้ ซึ่งเกิดจากการลงมือปฏิบัติของตนรับรู้ว่าจะเรียนมีความหมายและสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมายของตน และจะต่อต้านเมื่อมีสิ่งมากระทบต่อตน เมื่อผู้เรียนเป็นผู้ริเริ่มการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีความรับผิดชอบและทุ่มเทสติปัญญาในการเรียนรู้ รวมถึงมีการประเมินผลในสิ่งที่ตนได้เรียนรู้ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความคิดสร้างสรรค์และเป็นอิสระ (สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2537)หลักในการจัดการเรียนการสอนตามหลักมนุษยนิยม

1) เน้นที่ความต้องการของผู้ฟัง ผู้ฟังจะได้รับการช่วยเหลือจากผู้สอนหรือผู้ร่วมเรียนให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีมากกว่าจะได้รับการช่วยเหลือในด้านกิจกรรมที่จะเป็นระบบและมีเนื้อหามากมาย

2) ผู้ฟังจะต้องแสวงหาความต้องการการเรียนรู้ของตนเอง เลือกเป้าหมายและกระทำตามกิจกรรมของตนโดยที่ทั้งผู้ฟังและผู้สอนต้องทำความเข้าใจกับเป้าหมายทิศทางการเรียนการสอน

## 5.3 องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

Kolb. (1984) องค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีอยู่ 4 ประการ คือ ประสบการณ์ การสะท้อนความคิดและอภิปราย เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด และการทดลองและประยุกต์แนวคิด

องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

1) ประสบการณ์ ( Experience ) ผู้สอนช่วยให้ผู้ฟังนำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้

2) การสะท้อนความคิด และอภิปราย ( Reflect and Discussion) ผู้สอนช่วยให้ผู้ฟังได้มีโอกาสแสดงออก เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง

3) เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (Understand and Conceptualization) ผู้ฟังเกิดความเข้าใจ และนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด อาจเกิดขึ้นโดยผู้ฟังเป็นฝ่ายริเริ่มแล้ว ผู้สอนช่วยเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือในทางกลับกันผู้สอนเป็นผู้นำทาง และผู้ฟังเป็นผู้ประสานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด

4) การทดลอง หรือประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application) ผู้เรียนนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในลักษณะหรือสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของตัวเอง



ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 4 ประการจะเป็นไปอย่างพลวัตร โดยอาจเริ่มต้นจากจุดใดจุดหนึ่งและเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ดังนั้นในแง่ของการสอนจึงอาจเริ่มที่จุดใดก่อนก็ได้ แต่ต้องจัดการเรียนการสอนให้ครบทุกองค์ประกอบ

การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ หรือผู้ฟังเกิดการเรียนรู้สูงสุด โดยเน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมมากที่สุด ในทุกๆองค์ประกอบ คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การได้สะท้อนความคิดและอภิปราย การสรุปความคิดรวบยอดตลอดจนการทดลองหรือประยุกต์แนวคิด และในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบนั้นจะต้องเกิดการเรียนรู้สูงสุดหรือเรียกว่า การบรรลุงานสูงสุด

#### หลักการสอนความรู้แบบมีส่วนร่วม

องค์ประกอบของ PL	ลักษณะเฉพาะของการสอนความรู้แบบ PL
ประสบการณ์	ตั้งคำถามเพื่อรวบรวมประสบการณ์ของผู้รับบริการ
การสะท้อนความคิดและการอภิปราย	ผู้ฟังได้แลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อสร้างความรู้ตามงานที่ได้รับมอบหมาย
ความคิดรวบยอด	การบรรยาย ( โดยผู้สอนหรือสื่อ ) การรายงานผลงานกลุ่มหรือบูรณาการความรู้ของกลุ่มย่อย โดยการอภิปรายในกลุ่มใหญ่
ประยุกต์แนวคิด	ผู้ฟังได้ทำกิจกรรมที่ประยุกต์ความรู้ที่เกิดขึ้น

## 6. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ได้นำแนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลโดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอนในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และนำแนวคิดของ Kolb. (1984) ที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมให้ผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมี 4 ประการได้แก่ การนำประสบการณ์ การใช้การสะท้อนความคิดและอภิปราย การทำให้เกิดความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด การทดลองและประยุกต์แนวคิด ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการมีส่วนร่วมจะช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท เกิดการยอมรับและมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลดีขึ้น มีแนวทางที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม รวมทั้งหมด 5 สัปดาห์ นานครั้งละ 60- 90 นาที ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ และค้นหาประสบการณ์เดิม : การสร้างสัมพันธภาพนั้นเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท เริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง ให้สมาชิกแนะนำตัวเอง พูดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างบรรยากาศที่ดี ผู้ศึกษาสนับสนุนให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้มีความคุ้นเคยและทำความรู้จักกันเพื่อให้ผู้ดูแล และผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ร่วมกันค้นหาประสบการณ์เดิม เป็นการนำประสบการณ์เดิมของผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวที่นำมาใช้ในการดูแล โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์เดิมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวเล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลภายในกลุ่ม สนับสนุนให้ครอบครัวกล้าแสดงออก นำประสบการณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบผลดีมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม ให้โอกาสซักถามจนเกิดความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย และผู้ศึกษาทำหน้าที่สรุปประเด็นที่เกิดขึ้นในกลุ่มทั้งในการดูแลที่ดีและแนวทางการแก้ไขการดูแลที่ยังเป็นปัญหา

**สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2** การสะท้อนความคิดและสร้างความคิดรวบยอด : ให้ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ และการรักษา เตรียมความพร้อมในการดูแล โดยการให้ผู้ดูแล สมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยยกตัวอย่างที่ละตัวอย่างและสะท้อนความคิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษา และเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย เป็นการให้สมาชิกเกิดความเข้าใจ และนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอดโดยการให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยนำความรู้ต่างๆมาปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (Yamashita, 1996) ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงการดูแลที่ตนได้รับและพึงพอใจร่วมกับผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัว จากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มได้ซักถามเกี่ยวกับข้อมูลความรู้ที่เป็นปัญหาและร่วมกันสรุปแนวทางการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้ในการดูแล

**ลัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3** การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด : เป็นการให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้น และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆโดยการให้ผู้ดูแล สมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยได้มีการฝึกฝนการผ่อนคลายความเครียดนั้นจะช่วยให้มีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับความเครียด และสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

**ลัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4** การพัฒนาทักษะทางสังคม : การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวที่ตรงตามปัญหาและความต้องการ ซึ่งการฝึกฝนการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกออกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ ความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมยังส่งผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ การปรับตัวตามบทบาท ช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (McFarlane et al., 2003)

**ลัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5** ฝึกทักษะและประยุกต์ความคิด : ให้สมาชิกได้ฝึกกิจกรรมที่ผสมผสานความรู้ที่เกิดขึ้นและจากประสบการณ์ของตนเอง ให้ผู้ดูแล สมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยโดยลงมือปฏิบัติจริงแบ่งกลุ่มแสดงบทบาทสมมติที่เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจากนั้นให้สรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับประโยชน์ที่สมาชิกได้รับ เปิดโอกาสให้สมาชิกเสนอความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเข้ากลุ่มทั้งข้อดีและข้อเสียเพื่อนำไปปรับปรุงในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป

## 7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน ผลการศึกษาพบว่าภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัยลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย กิจกรรมมุ่งความสำคัญที่การให้ความรู้และการฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยจิตเภทกับญาติผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

Thomas Jewell, Donna Downing, William McFarlane (2009) ได้ใช้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งเป็นวิธี 1 ใน 6 วิธีที่ใช้ได้ผลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง การสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในกลุ่มหลายๆ ครอบครัวได้ผลและมีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้ลดอาการกำเริบและลดการกลับเข้ามาอนัรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะมีประสิทธิภาพอย่างยิ่งเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งจะช่วยให้พวกเขาเพิ่มความเข้าใจในความผิดปกติของการดำเนินโรค เรียนรู้วิธีการที่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม ลดความเครียดเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นในการดำเนินชีวิตและพัฒนาเครือข่ายทางสังคมให้กว้างขึ้น เมื่อใช้ร่วมกับการรับประทานยาและการฟื้นฟู

Lai-Yu Cheng (2005) ศึกษาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในฮ่องกงผู้เข้าร่วมโปรแกรมมี 64 คน หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามกรอบแนวคิดของ Atkinson และ Coia กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึภาระในการดูแล ประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง มีการรับรู้เรื่องสนับสนุนทางสังคม หลังจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นในครอบครัวคนจีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิดา เจียมเจือจันทร์ จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ ดวงพร หุ่นตระกูล และปกรณ์ ประจันบาน(2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ของผู้ใช้แรงงานภายหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมคะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์สูงกว่าก่อนการทดลอง

Tomey (2003) พบเช่นกันว่า จากการศึกษากรณีตัวอย่างเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้น ตอบสนองต่อการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยพัฒนาผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

## 8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการมีส่วนร่วม

Anderson et al. (1980) และ Kolb. (1984)

ประกอบด้วย 5 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพและค้นหา

ประสบการณ์เดิม : ระหว่างผู้วิจัย ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิต

เภทและนำประสบการณ์เดิมของตนมาใช้ในการดูแล

กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและสร้างความคิด

รวบยอด :

ให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ

และการรักษาเตรียมความพร้อมในการดูแลเพื่อให้

สมาชิกเกิดความเข้าใจและนำไปสู่การเกิดความคิดรวบ

ยอด

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด :

เป็นการให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ

อาการของความเครียดวิธีผ่อนคลายความเครียดเพื่อให้

สมาชิกมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม : การหาแหล่ง

สนับสนุนทางสังคมและมีการสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะและประยุกต์ความคิด : ให้

สมาชิกได้ฝึกกิจกรรมที่ประยุกต์ความรู้ที่เกิดขึ้น และ

สรุปกิจกรรม

พฤติกรรม การดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล  
(Watson, 1985)

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit & Beck, 2004) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

$O_1$	X	$O_2$	กลุ่มทดลอง
$O_3$		$O_4$	กลุ่มควบคุม

$O_1$  หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

$O_2$  หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

X หมายถึง โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

$O_3$  หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

$O_4$  หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วยผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช

**กลุ่มตัวอย่าง** ผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม (ICD-10) มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ที่มีคะแนนพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่ำกว่าร้อยละ 80 แสดงว่ามีคะแนนพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทระดับน้อยถึงระดับปานกลาง(คะแนนน้อยกว่า 96 คะแนน) จำนวน 30 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 15 ครอบครัว โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion criteria) มีดังนี้

### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลหลัก

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีมหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท
2. เป็นผู้ดูแลหลัก ที่ให้ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล
3. เข้าใจภาษาไทย สามารถโต้ตอบและสื่อสารได้ดี
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท

1. มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
2. ไม่มีการป่วยซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน
3. มีอาการทางจิตทุเลา โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

### เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
2. เป็นสมาชิกในครอบครัวที่อยู่อาศัยในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน
3. ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

### เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก สมาชิกมีโรคแทรกซ้อนทางกายหรือผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Cochran and Cox, 1992) โดยใช้โปรแกรม Power analysis for sample size (PASS) แบบ Two-Sample t-Tests power analysis โดยนำค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง จากงานวิจัย เรื่องผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของจิปาพร รักษาการ (2549) มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 82.99 % ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละจำนวน 11 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 15 ครอบครัวรวมทั้งสิ้น 30 ครอบครัว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่ (Matched Pair) ด้วยอายุและระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน แล้วจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่

1. อายุ : ผู้ดูแลที่อายุมาก ผ่านประสบการณ์ในชีวิตมากจะมีการตัดสินใจการเผชิญปัญหา และทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (นิศากร แก้วพิลา, 2545)



2. ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย : เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานๆ วิธีการจัดการและประสิทธิภาพของการจัดการก็จะแตกต่างกันไปตามระยะเวลาของการดูแลด้วย (บดีรินทร์ บุญจันทร์, 2553)

ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ครอบครัว แล้วนำมาจับคู่ (Matched pair) เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างครบ 15 คู่ จากนั้นจับฉลากทีละคู่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุม 15 ครอบครัว และกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว

### ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวนครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนครินทร์ จังหวัดเลย จำนวน 30 ครอบครัว โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในทำแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางจิตทุเลา และผู้ดูแลหลักทำแบบประเมินพฤติกรรมอาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยคัดเลือกผู้ดูแลหลักที่มีคะแนนพฤติกรรมอาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่ำกว่าร้อยละ 60 - 80 แสดงว่ามีคะแนนพฤติกรรมอาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทระดับน้อยถึงระดับปานกลาง

3. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

4. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ (Matched pair) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยอายุและระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามอายุ และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	อายุ		ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย	
1	49	47	5	5
2	49	49	4	4
3	53	53	1	2
4	40	40	3	3
5	45	45	5	5
6	42	42	9	9
7	37	37	10	10
8	49	49	18	16
9	33	33	6	6
10	51	50	3	3
11	58	58	20	19
12	39	39	10	10
13	54	54	2	2
14	55	55	5	5
15	50	50	5	5

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** คือโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลโดยผู้ศึกษาใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ร่วมกับแนวคิดของ Kolb. (1984) ที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาบูรณาการในการดำเนินกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

1.2 สร้างโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ร่วมกับแนวคิดของ Kolb. (1984) ที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล กำหนดการดำเนินกลุ่มมีทั้งหมด 5 ครั้ง โดยทุกขั้นตอนของการศึกษาผู้ศึกษาได้วางแผนร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) คือ นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ที่สร้างขึ้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ถูกต้อง เหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 คน โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คนจากทั้งหมด 5 คน ผลของการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข คือ

- ปรับเพิ่มเนื้อหาในกิจกรรมบางส่วนให้ชัดเจนและครอบคลุมขึ้น

จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 5 ครอบครัว โดยทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 5 กิจกรรม พบว่าสมาชิกมีความเข้าใจในกิจกรรมดี สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามที่วางแผนไว้

### 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ดูแลต่อเดือน ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ตามทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของ Watson (1985) พัฒนาโดยยอดสร้อย วิเวกรรณ (2543) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 แบ่งเป็นพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล 10 ด้าน จำนวน 40 ข้อความ ดังนี้

1. ให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 4 ข้อความ คือข้อ 1-4
2. ให้กำลังใจและมีความหวัง จำนวน 4 ข้อความ คือข้อ 5-8
3. สังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างทันที่ จำนวน 6 ข้อความ คือข้อ 9-14
4. มีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ จำนวน 5 ข้อความ คือข้อ 15-19

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| 5. แสดงการยอมรับพฤติกรรมของ<br>ผู้ป่วยจิตเภททั้งด้านบวกและด้านลบ | จำนวน 4 ข้อความ คือข้อ 20-23 |
| 6. แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล                                     | จำนวน 5 ข้อความ คือข้อ 24-28 |
| 7. ชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่<br>ผู้ป่วยจิตเภท      | จำนวน 2 ข้อความ คือข้อ 29-30 |
| 8. จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความ<br>รู้สึกปลอดภัย        | จำนวน 4 ข้อความ คือข้อ 31-34 |
| 9. ตอบสนองความต้องการที่จำเป็น<br>ต่อการดำรงชีวิต                | จำนวน 3 ข้อความ คือข้อ 35-37 |
| 10. ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริง<br>ของชีวิต              | จำนวน 3 ข้อความ คือข้อ 38-40 |

#### เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนี้เลยในการดูแล	มีค่าคะแนน 0 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ้าง 1-2 ครั้ง ในรอบ 1 เดือน	มีค่าคะแนน 1 คะแนน
บ่อยครั้ง	หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ้างบางโอกาส บางเวลา และบางสถานการณ์ (มากกว่า 2 ครั้ง ในรอบ 1 เดือน)	มีค่าคะแนน 2 คะแนน
เป็นประจำ	หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอ ในการดูแล	มีค่าคะแนน 3 คะแนน

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-120 คะแนน โดย  
คะแนนเต็มของแต่ละด้าน มีดังนี้

- |  |                      |
|--|----------------------|
| 1. ให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยจิตเภท                                  | มีคะแนนเต็ม 12 คะแนน |
| 2. ให้กำลังใจและให้ความหวัง                                      | มีคะแนนเต็ม 12 คะแนน |
| 3. สังเกตและตอบสนองความต้องการของ<br>ผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างทันที่ | มีคะแนนเต็ม 18 คะแนน |
| 4. มีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ                              | มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน |
| 5. แสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท<br>ทั้งด้านบวกด้านลบ    | มีคะแนนเต็ม 12 คะแนน |
| 6. แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล                                     | มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน |
| 7. ชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่<br>ผู้ป่วยจิตเภท      | มีคะแนนเต็ม 6 คะแนน  |
| 8. จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย            | มีคะแนนเต็ม 12 คะแนน |
| 9. ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต                    | มีคะแนนเต็ม 9 คะแนน  |
| 10. ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต                  | มีคะแนนเต็ม 9 คะแนน  |

### การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลใช้ค่าร้อยละของคะแนนเต็มแต่ละด้านทั้ง 10 ด้าน โดยใช้เกณฑ์ที่ประยุกต์จาก เสรี สาขาโรจน์ (2537)

คะแนนที่ต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับน้อย

คะแนนร้อยละ 60 – 80 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนที่มากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คนทำการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 คนจากทั้งหมด 5 คน มีประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

- ข้อคำถามที่ 6 กับ ข้อคำถามที่ 7 ลักษณะภาษาใกล้เคียงกัน “พูดคุยกับผู้ป่วยให้...” “กระตุ้นให้ผู้ป่วย...” อาจปรับใหม่เข้าใจง่ายขึ้น หรือรวมเป็นข้อเดียวกัน

ผู้วิจัยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาว่าความหมายแตกต่างกัน จึงคงภาษาเดิมไว้

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาสามารถสรุป คือ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้ค่า CVI = .90

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

**แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท** เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ใช้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของจิราพร รักษการ (2549) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้

1. ความหมายของโรคจิตเภท จำนวน 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก
2. สาเหตุของโรคจิตเภท จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 8,9,11 และ 12 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10
3. อาการของโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 2,4,5,6 และ 7 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3
4. การดำเนินโรค จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 14 และข้อความทางลบ ได้แก่ข้อ 13

5. การรักษาโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 15,16,17, และ 19 ข้อความทางลบ ได้แก่ 18 และ 20

6. การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 21, 22, 24,27,28,29 และ 30 ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 23,25 และ 26

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การคิดคะแนนดังนี้

	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
ใช่	1	0
ไม่ใช่	0	1

**เกณฑ์กำกับการศึกษา** คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ( 24 คะแนน ) จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามที่กำหนด ผู้วิจัย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหาและกระบวนการของโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้ทำการตรวจสอบ ผลการตรวจสอบไม่มีข้อเสนอนแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ หากค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 1

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ตรวจสอบหาค่าความเที่ยง แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยสูตร KR-21 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย ซึ่งได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2556 เมื่อได้รับอนุมัติจึงดำเนินการด้านจริยธรรม ผู้ศึกษาจะทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ วิธีการศึกษา และผลประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูลไม่มีข้อบังคับใดๆ สามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่ออธิบายจนเข้าใจแล้วสอบถามถึงความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

### 1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้ลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจำนวน 6 หน่วยกิตและวิชาการให้คำปรึกษาจำนวน 3 หน่วยกิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประกอบกับผู้วิจัยมีประสบการณ์เป็นผู้นำกลุ่มบำบัดมากกว่า 5 ปี ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยมีทักษะและมีความมั่นใจที่จะสามารถดำเนินการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้

1.2 จัดทำแผนการดำเนินการศึกษา และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1.2.1 โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

1.2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

1.2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล

1.2.4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.3 เตรียมสถานที่ที่ใช้ทำการศึกษา ติดต่อประสานงานโรงพยาบาลจิตเวชเลยราช นครินทร์ จังหวัดเลย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราช นครินทร์ จังหวัดเลยเพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สามารถดำเนินการวิจัยได้ อนุมัติเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2556

1.4 ผู้วิจัยชี้แจงกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชเลยราช นครินทร์ จังหวัดเลย เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีการดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และประสานงานหัวหน้าหน่วยบริการผู้ป่วยนอกเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการศึกษา

1.5 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าฝ่ายเวชระเบียน เพื่อขออนุญาตดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง ให้ผู้ดูแลหลักตอบแบบสอบถามแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลและแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

1.6 เตรียมผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำกลุ่มบำบัดและผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมต่างๆในการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม รายละเอียดของเครื่องมือ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อเข้าใจบทบาทตนเองได้ชัดเจน

## 2. ระยะดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกำหนด 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ซึ่ง 1 กลุ่มใหญ่ประกอบด้วย 5 ครอบครัวโดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในวันพุธ ภาคเช้า และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในวันพุธ ภาคบ่าย กลุ่มที่ 3 ดำเนินกิจกรรมในวันพฤหัสบดี ภาคเช้า ใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วย ด้านร่างกายและจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา โรคทางกายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง การให้คำปรึกษาทั่วไป การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล

2.2 กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้ (ดังแสดงในตารางที่ 2)

### ตารางที่ 2 กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

กลุ่มที่	วันเดือนปี/เวลา	กิจกรรม
1	8 มกราคม 2557 เวลา 10.00-11.00 น.	กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและค้นหาประสบการณ์
2	8 มกราคม 2557 เวลา 13.30-14.30 น.	
3	9 มกราคม 2557 เวลา 10.00-11.00 น.	
1	15 มกราคม 2557 เวลา 10.00-11.00 น.	กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและสร้างความคิดรวบยอด
2	15 มกราคม 2557 เวลา 13.30-14.30 น.	
3	16 มกราคม 2557 เวลา 10.00-11.00 น.	



กลุ่มที่	วันเดือนปี/เวลา	กิจกรรม
1	22 มกราคม 2557 เวลา 10.00-11.00 น.	กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด
2	23 มกราคม 2557 เวลา 13.30-14.30 น.	
3	24 มกราคม 2557 เวลา 10.00-11.00 น.	
1	29 มกราคม 2557 เวลา 10.00-11.00 น.	กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม
2	29 มกราคม 2557 เวลา 13.30-14.30 น.	
3	30 มกราคม 2557 เวลา 10.00-11.00 น..	
1	5 กุมภาพันธ์ 2557 เวลา 10.00-11.00 น.	กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะและประยุกต์ความคิด
2	5 กุมภาพันธ์ 2557 เวลา 13.30-14.30 น.	
3	6 กุมภาพันธ์ 2557 เวลา 10.00-11.00 น.	

### สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ และค้นหาประสบการณ์เดิม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้สมาชิกนำประสบการณ์เดิมของตนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม
2. สามารถบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมได้
3. สามารถบอกประสบการณ์เดิมของตนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

## สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมของการวิจัย แล้วถามถึงเรื่อง ครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมของตนมาใช้ในการดูแลระหว่างสมาชิก เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

## กิจกรรม

1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิก โดยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง
2. ผู้นำกลุ่มพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ โดยชักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อนเพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ
3. ชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การดำเนินกิจกรรมโดยย่อในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม
4. แบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 2 กลุ่ม ให้สมาชิกได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในประเด็น “ผู้ป่วยที่ท่านดูแลมีพฤติกรรมอะไรบ้างที่เป็นปัญหา” (ใบงานที่ 1) และผู้นำกลุ่มสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว
5. ให้ตัวแทนสมาชิกกลุ่มย่อยนำเสนอในกลุ่มใหญ่ ในสิ่งที่บันทึกลงในใบงานที่ 1
6. ให้สมาชิกกลุ่มย่อยร่วมกันแสดงความคิดเห็นในประเด็น “ท่านจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยต่อไปได้อย่างไร” (ใบงานที่ 2)
7. ให้ตัวแทนสมาชิกกลุ่มย่อยนำเสนอ ในสิ่งที่บันทึกลงในใบงานที่ 2
8. กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมของตนเองที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
9. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ใบความรู้ที่ 1) และเรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีจัดการ (ใบความรู้ที่ 2)
10. ให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้พูดคุยในวันนี้ และผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุม
11. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมที่ 2 (ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2)

## การประเมินผล

การเข้ากลุ่มครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศเป็นเอง ทำให้ผู้ป่วยผู้ดูแลและสมาชิกไว้วางใจซึ่งกันและกันและสามารถนำประสบการณ์เดิมของตนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวได้รับความรู้เพิ่มเติมเรื่องบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมของตนมาใช้ในการดูแลได้ดี

## สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและสร้างความคิดรวบยอด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกบอกถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ และการรักษาได้
2. เพื่อให้สมาชิกสะท้อนความคิดและสร้างความคิดรวบยอดเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ และการรักษาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกถึงสาเหตุของโรคจิตเภท อาการ และการรักษาได้
2. เพื่อให้สมาชิกสะท้อนความคิดและสร้างความคิดรวบยอดได้

### สาระสำคัญ

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด หากไม่ได้รับการรักษา จะเกิดการเสื่อมถอยทางความคิดและพฤติกรรม จากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ ความบกพร่องด้านการสื่อสารกับคนรอบข้าง กลัวคนแปลกหน้าแยกตัวเองออกจากสังคม ขาดความอดทน ไม่มีสมาธิพอที่จะทำงานหรือประกอบอาชีพได้ ดังนั้นผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการเผชิญพฤติกรรมของผู้ป่วย การที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนในการช่วยเหลือและเฝ้าดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้ชีวิต มีความหวัง รู้สึกอบอุ่น รู้สึกมีคุณค่า รู้สึกว่าตนยังเป็นที่ต้องการของคนอื่น รู้สึกว่ามีคนห่วงใย รักใคร่และเข้าใจ ดังนั้นการสอนให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลซึ่งผลที่ตามมาจะทำให้ความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลดีขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้

### กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับสมาชิก โดยผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง
2. ผู้นำกลุ่มพูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ
3. แบ่งกลุ่มย่อยออก 2 กลุ่ม ให้สมาชิกได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท ผลข้างเคียงของยา และญาติสามารถช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการกินยาได้อย่างไร เพื่อสะท้อนความคิดและสร้างความคิดรวบยอด (ใบงานที่ 3) และผู้นำกลุ่มสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว
4. ให้ตัวแทนสมาชิกกลุ่มย่อยนำเสนอในกลุ่มใหญ่ ในสิ่งที่บันทึกลงในใบงานที่ 3
5. ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่สมาชิกแสดงความคิดเห็น
6. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา ผลข้างเคียงของยา และวิธีการที่ญาติสามารถช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการกินยา (ใบความรู้ที่ 3)
7. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมที่ 3 (ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3)

### การประเมินผล

การเข้ากลุ่มครั้งนี้ทำให้ผู้ดูแล สมาชิก และผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษาและผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช เตรียมความพร้อมในการดูแลและบอกวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ผู้ป่วยจิตเภทได้

### สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

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

ในชีวิตประจำวันได้

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกบอกถึงสาเหตุ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้
2. สมาชิกบอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้
3. สมาชิกบอกถึงวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีต่างๆและสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง

#### สาระสำคัญ

ความเครียดส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ทำให้ร่างกาย จิตใจ ปราศจากความสุข ดังนั้นการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นการช่วยให้จิตใจสงบ มีสุขภาพจิตดี ส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น

#### กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับสมาชิก โดยผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง

2. ผู้นำกลุ่มพูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ

3. แบ่งกลุ่มย่อยออก 2 กลุ่ม ให้สมาชิกได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุ อาการของความเครียด การจัดการกับความเครียด บอกถึงวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีต่างๆได้(ใบงานที่ 4)

4. แบ่งกลุ่มย่อยออก 2 กลุ่มเพื่อให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุของความเครียด อาการของความเครียดที่แสดงออกทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม วิธีจัดการกับความเครียด (ใบงานที่ 4)

5. ให้ตัวแทนสมาชิกกลุ่มย่อยนำเสนอในกลุ่มใหญ่ ในสิ่งที่บันทึกลงในใบงานที่ 4

6. แบ่งกลุ่มย่อยออก 2 กลุ่มเพื่อให้สมาชิกยกตัวอย่างวิธีการใช้เทคนิคการคลายเครียดว่ามีอะไรบ้างและให้สมาชิกในกลุ่มสาธิตเทคนิคการคลายเครียดตาม 1 วิธี (ใบงานที่ 5)

7. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องความรู้สาเหตุของความเครียด อาการของความเครียดที่แสดงออกทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม วิธีจัดการกับความเครียดและวิธีการใช้เทคนิคและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง

8. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมที่ 4 (ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4)

#### การประเมินผล

การเข้ากลุ่มครั้งนี้มีการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนสามารถบอกถึงสาเหตุ อาการของความเครียด แนวทางในการจัดการกับความเครียดได้ และผู้วิจัยได้เปิดแผ่นซีดีเกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียดให้สมาชิกฝึกและปฏิบัติ เป็นการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยให้สมาชิกมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและสร้างวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีต่างๆได้อย่างถูกต้อง

#### สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้
2. เลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง
3. บอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้

#### สาระสำคัญ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการ กระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข การพัฒนาทักษะทางสังคมจะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

#### กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับสมาชิก โดยผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง

2. ผู้นำกลุ่มพูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ

3. แบ่งกลุ่มย่อยให้สมาชิกได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว (ใบงานที่ 6)
4. ให้สมาชิกอาสาสมัครแสดงบทบาทสมมติเป็นผู้ป่วย และผู้ดูแล ในสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ” (ใบงานที่ 7)
5. ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่สังเกตได้ขณะดูการแสดงบทบาทสมมติพร้อมบันทึกการสังเกตลักษณะการสื่อสารที่ได้จากการแสดงบทบาทสมมติ (ใบงานที่ 7)
6. ให้สมาชิกอาสาสมัครแสดงบทบาทสมมติเป็นผู้ป่วย และผู้ดูแล ในสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางบวก” (ใบงานที่ 8)
7. ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่สังเกตได้ขณะดูการแสดงบทบาทสมมติพร้อมบันทึกการสังเกตลักษณะการสื่อสารที่ได้จากการแสดงบทบาทสมมติ (ใบงานที่ 8)
8. ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็นที่สมาชิกแสดงความคิดเห็น
9. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องการสื่อสารระหว่างญาติกับผู้ป่วย (ใบความรู้ที่ 5) การสื่อสารทางลบ (ใบความรู้ที่ 6) การสื่อสารทางบวก (ใบความรู้ที่ 7) และสถานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสาร (ใบความรู้ที่ 8)
10. ให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้ในวันนี้ และผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่ไม่ครบ
11. ผู้นำกลุ่มนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมที่ 5 (ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 5)

#### การประเมินผล

การเข้ากลุ่มครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนบอกแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยได้และให้แสดงบทบาทสมมติเป็นผู้ป่วย และผู้ดูแล ในสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ/บวก” ทำให้หลังดำเนินกิจกรรมผู้ป่วย สมาชิกและผู้ดูแลนำการสื่อสารในครอบครัวในทางบวกไปใช้ที่บ้านเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้

#### สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะและประยุกต์ความคิด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกกิจกรรมประยุกต์ความรู้ที่เกิดขึ้นและสรุปกิจกรรม
2. เพื่อให้สมาชิกนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สามารถปฏิบัติกิจกรรมและนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
2. สามารถสรุปกิจกรรมได้

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเอง
2. พูดคุยซักถามทั่วไปเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย

3. แบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 2 กลุ่ม ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มได้ร่วมกันเลือกสถานการณ์มา 1 สถานการณ์ในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย และร่วมกันแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่มและออกมาแสดงบทบาทสมมติเรื่องพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย (ใบงานที่ 9)
4. ให้ตัวแทนสมาชิกกลุ่มย่อยนำเสนอในกลุ่มใหญ่โดยสรุปประเด็นที่ได้รับในกิจกรรมนี้
5. ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็นที่สมาชิกได้ออกมาแสดงบทบาทสมมติในแต่ละครอบครัว
6. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับประโยชน์ที่สมาชิกได้รับในการร่วมกิจกรรมกลุ่มและเปิดโอกาสให้สมาชิกเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติม
7. ผู้นำกลุ่มให้ผู้ดูแลทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททันทีเมื่อสิ้นสุดกิจกรรม
8. ผู้นำกลุ่มนัดหมายวัน เวลา ในการทำแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมอีก 1 สัปดาห์

#### **การประเมินผล**

กิจกรรมนี้ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยสามารถแสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สมาชิกได้มีทักษะการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและสรุปกิจกรรมได้

#### **การกำกับการทดลอง**

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยทำการกำกับการวิจัย โดยให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททันที แสดงผลการกำกับการศึกษา ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)

ลำดับที่	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	24	27
2	23	27
3	22	26
4	24	26
5	25	28
6	20	25
7	25	29
8	27	29
9	21	26
10	24	28
11	23	29
12	21	27
13	19	28
14	25	27
15	26	29

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 60 จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 คะแนนสูงกว่าร้อยละ 60 มีจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 57.33 ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าร้อยละ 80 ทุกคน

### 3. ชั้นสรุปผลการทดลอง

ก่อนการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามก่อนการวิจัย (Pre-test) ก่อนการทำกิจกรรม 1 สัปดาห์ ในวันที่ 25 ธันวาคม 2556 โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททันที ในวันที่ 5 และ 6 กุมภาพันธ์ 2557 และหลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามหลังการศึกษา (Post-test) โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ ในวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2557

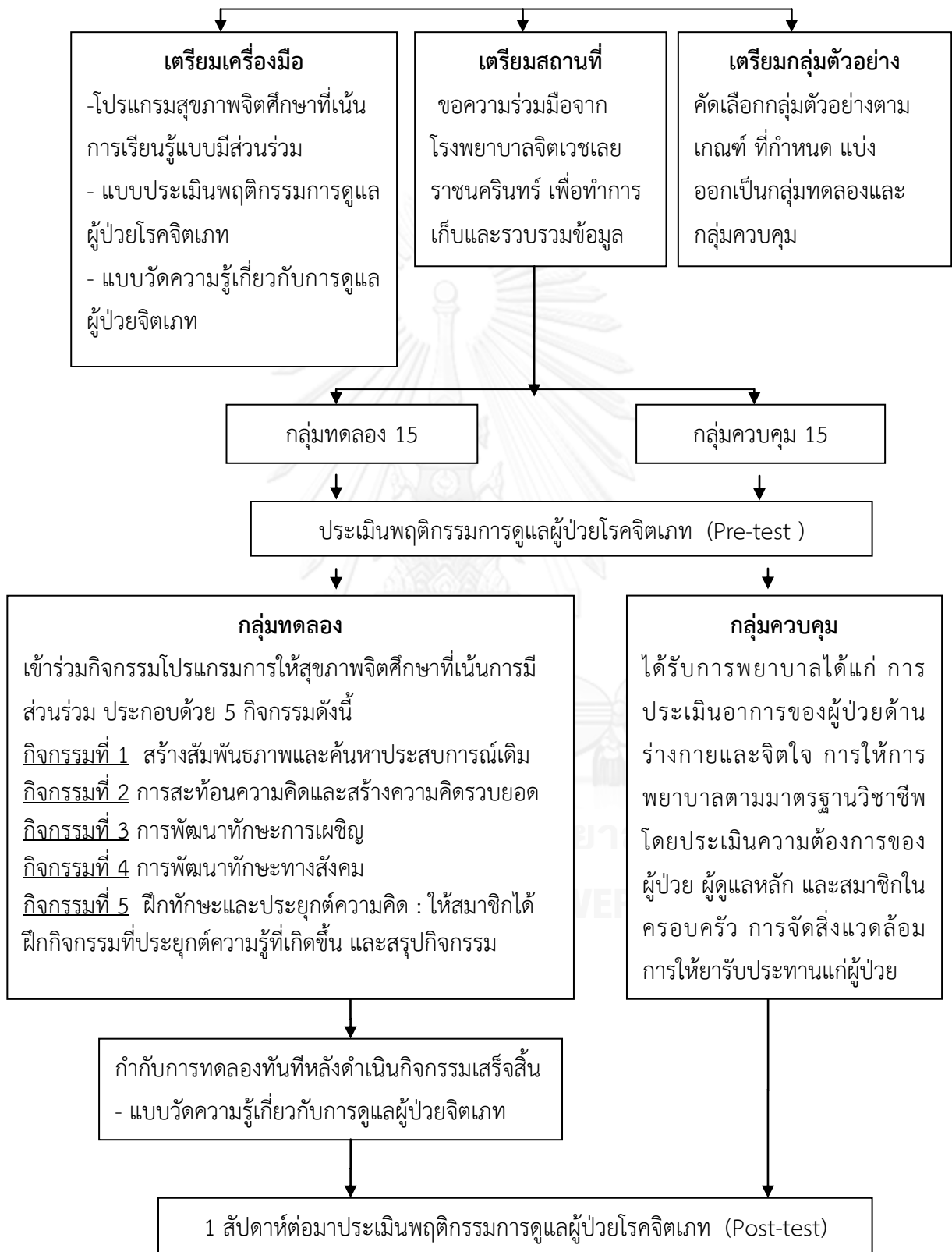


### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ
2. คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกลุ่มกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Pair t-test)
3. คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจิตเภทของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ครอบครัว ซึ่งถูกจับคู่ (Matched - pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องของอายุและระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 15 ครอบครัว และกลุ่มทดลองจำนวน 15 ครอบครัว โดยเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2557 ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 4

ส่วนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตของผู้ดูแล ของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test) ดังแสดงในตารางที่ 5

ส่วนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตของผู้ดูแล ของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test) ดังแสดงในตารางที่ 6

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 7

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 8

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง  
 ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		รวม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	8	53.3	4	26.7	12	40.0
หญิง	7	46.7	11	73.3	18	60.0
<b>อายุเฉลี่ย (ปี)</b>	46.80		46.07		46.43	
	(S.D. = 7.272)		(S.D. = 8.868)		(S.D. = 7.977)	
20-29 ปี	0	0	1	6.7	1	3.3
30-39 ปี	3	20.0	2	13.3	5	16.7
40-49 ปี	6	40.0	6	40.0	12	40.0
50-59 ปี	6	40.0	6	40.0	12	40.0
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	1	6.7	1	6.7	2	6.7
คู่	13	86.7	13	86.7	26	86.7
หม้าย	1	6.7	1	6.7	2	6.7
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	7	46.7	9	60.0	16	53.3
มัธยมศึกษา	4	26.7	5	33.3	9	30.0
ป.ว.ช./อนุปริญญา	1	6.7	1	6.7	2	6.7
ป.ว.ส./ปริญญาตรี	2	13.7	0	0	2	6.7
สูงกว่าปริญญาตรี	1	6.7	0	0	1	3.3
<b>อาชีพ</b>						
ทำนา ทำสวน ทำไร่	9	60.0	13	86.7	22	73.3
รับจ้าง/ ลูกจ้าง	3	20.0	1	6.7	4	13.3
<b>บริษัทเอกชน</b>						
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	13.3	1	6.7	3	10.0
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	6.7	0	0	1	3.3

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		รวม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้ของผู้แล/เดือน</b>						
ต่ำกว่า 5,000 บาท	4	26.7	0	0	4	13.3
5,000-10,000 บาท	5	33.3	6	40.0	11	36.7
10,001-15,000 บาท	1	6.7	5	33.3	6	20.0
15,001-20,000 บาท	1	6.7	1	6.7	2	6.7
20,001-25,000 บาท	1	6.7	1	6.7	2	6.7
25,001-30,000 บาท	0	0	1	6.7	1	3.3
มากกว่า 30,000 บาท ขึ้นไป	3	20.0	1	6.7	4	13.3
<b>ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย(ปี)</b>	7.07 (S.D. = 5.548)		6.93 (S.D. = 5.035)		7.00 (S.D. = 5.206)	
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>						
บิดา มารดา	4	26.7	4	26.7	8	26.7
สามี ภรรยา	7	46.7	6	40.0	13	43.3
พี่น้อง	3	20.0	5	33.3	8	26.7
น้ำ อา	1	6.7	0	0	1	3.3

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้แล/เดือน ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะใด พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 60 และมีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปีคิดเป็นร้อยละ 40 และมีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 86.7 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 53.3 ประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่คิดเป็นร้อยละ 73.3 รายได้ผู้ดูแล 5000-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 36.7 มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ 7 ปี มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ สามี ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 43.3

ส่วนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test)

ตารางที่ 5 คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test)

คนที่	แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล				ผลต่าง
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	
1	61	ระดับน้อย	67	ระดับน้อย	6
2	73	ระดับปานกลาง	75	ระดับปานกลาง	2
3	66	ระดับน้อย	83	ระดับปานกลาง	17
4	71	ระดับน้อย	73	ระดับปานกลาง	2
5	77	ระดับปานกลาง	97	ระดับมาก	20
6	74	ระดับปานกลาง	82	ระดับปานกลาง	8
7	78	ระดับปานกลาง	88	ระดับปานกลาง	10
8	71	ระดับน้อย	71	ระดับน้อย	0
9	64	ระดับน้อย	65	ระดับน้อย	1
10	75	ระดับปานกลาง	75	ระดับปานกลาง	0
11	79	ระดับปานกลาง	76	ระดับปานกลาง	- 3
12	73	ระดับปานกลาง	71	ระดับน้อย	- 2
13	77	ระดับปานกลาง	90	ระดับปานกลาง	13
14	75	ระดับปานกลาง	92	ระดับปานกลาง	17
15	65	ระดับน้อย	66	ระดับน้อย	1

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับน้อย คือคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (72 คะแนน) มีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ระดับปานกลางคะแนนมากกว่าร้อยละ 60 มีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ภายหลังกการทดลองคะแนนอยู่ในระดับน้อยมีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ระดับปานกลางมีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และระดับมากมีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67

ส่วนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test)

ตารางที่ 6 คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test)

คนที่	แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล				ผลต่าง
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	
1	72	ระดับปานกลาง	102	ระดับมาก	30
2	64	ระดับน้อย	95	ระดับปานกลาง	31
3	63	ระดับน้อย	92	ระดับปานกลาง	29
4	78	ระดับปานกลาง	103	ระดับมาก	25
5	76	ระดับปานกลาง	101	ระดับมาก	25
6	68	ระดับน้อย	98	ระดับมาก	30
7	70	ระดับน้อย	99	ระดับมาก	29
8	80	ระดับปานกลาง	109	ระดับมาก	29
9	64	ระดับน้อย	94	ระดับปานกลาง	30
10	71	ระดับน้อย	103	ระดับมาก	32
11	71	ระดับน้อย	107	ระดับมาก	36
12	74	ระดับปานกลาง	101	ระดับมาก	27
13	76	ระดับปานกลาง	102	ระดับมาก	26
14	66	ระดับน้อย	98	ระดับมาก	32
15	77	ระดับปานกลาง	100	ระดับมาก	23

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับน้อย คือคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (72 คะแนน) มีจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 ระดับปานกลางคะแนนมากกว่าร้อยละ 60 มีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.70 ภายหลังจากการทดลองคะแนนอยู่ในระดับปานกลางมีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20 คะแนนระดับมากมีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 80

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลองของ  
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ก่อนและหลังการ  
ทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=15)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล	$\bar{x}$	S.D.	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>					
ก่อนการทดลอง	1.7717	.15320	14	-31.001	.000
หลังการทดลอง	2.5083	.11404			
<b>กลุ่มควบคุม</b>					
ก่อนการทดลอง	1.7983	.13870	14	-3.131	.007
หลังการทดลอง	1.9517	.25186			

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลัง  
การทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = -31.001$ ) โดย  
คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่า  
ก่อนทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลหลังจากได้รับ  
สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแบบกลุ่มสูงกว่า ก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการ  
เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม



ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม  
 ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล	$\bar{x}$	S.D.	df	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง	1.7717	.15320	28	-500	.621
กลุ่มควบคุม	1.7983	.13870			
<b>หลังการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง	2.5083	.11404	28	7.798	.000
กลุ่มควบคุม	1.9517	.25186			

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $t=7.798$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่ม  
วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest–posttest control group design)

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม (ICD-10) มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ซึ่งผู้ดูแลต้องมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทระดับน้อยถึงระดับปานกลาง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยจิตเภทต้องมีอาการทางจิตทุเลา ใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด จำนวน 30 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 15 ครอบครัว

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดย ผู้วิจัยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ร่วมกับแนวคิดของ Kolb. (1984) ที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาบูรณาการในการดำเนินกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

## 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ดูแลต่อเดือน ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ตามทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของ Watson ( 1985 ) พัฒนาโดยยอดสร้อย วิเวกรรณ (2543) แบ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล 10 ด้าน ได้แก่ 1) ให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยจิตเภท 2) ให้อารมณ์ดีและมีความหวัง 3) สังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างทันที่ 4) มีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ 5) แสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภททั้งด้านบวกและด้านลบ 6) แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล 7) ชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเภท 8) จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย 9) ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และ 10) ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) กับผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน มี CVI เท่ากับ .90 หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงได้ เท่ากับ .91

**3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง** คือ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ใช้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) เกณฑ์กำกับการศึกษา คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน มีค่า CVI เท่ากับ 1 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

### 1. ระยะเตรียมการ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการมีส่วนร่วม พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และฝึกทักษะสอนสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการมีส่วนร่วม

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และจัดทำแผนการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.3 เตรียมสถานที่ที่ใช้ทำการดำเนินการวิจัย โดยติดต่อประสานงานโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม แจกวัสดุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง ให้ผู้ดูแลหลักตอบแบบสอบถามแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (Pre-test) นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

1.5 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยในการดำเนินกิจกรรม เพื่อช่วยในการเก็บข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำกลุ่มบำบัดและผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงของกิจกรรมและรายละเอียดของเครื่องมืออย่างชัดเจนก่อนดำเนินการ

## 2. ระยะดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกำหนด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ซึ่ง 1 กลุ่มใหญ่ประกอบด้วย 5 ครอบครัวโดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในวันพุธ ภาคเช้า และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในวันพุธ ภาคบ่าย กลุ่มที่ 3 ดำเนินกิจกรรมในวันพฤหัสบดี ภาคเช้า ใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 8 มกราคม 2557 ถึงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2557 ณ ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัด หน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ดังรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและค้นหาประสบการณ์ ดำเนินการในวันที่ 8-9 มกราคม 2557

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดและสร้างความคิดรวบยอด ดำเนินการในวันที่ 15-16 มกราคม 2557

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ดำเนินการในวันที่ 22-23 มกราคม 2557

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม ดำเนินการในวันที่ 29-30 มกราคม 2557

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะและประยุกต์ความคิด ดำเนินการในวันที่ 5-6 กุมภาพันธ์ 2557

## การกำกับการวิจัย

ภายหลังดำเนินกิจกรรมครบทุกกิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททันที ในวันที่ 5 และ 6 กุมภาพันธ์ 2557

## 3. ระยะสรุปผลการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการศึกษา (Pre-test) ก่อนการทำกิจกรรม 1 สัปดาห์ ในวันที่ 25 ธันวาคม 2556 โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททันที ในวันที่ 5 และ 6 กุมภาพันธ์ 2557 และหลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามหลังการศึกษา (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ ในวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2557

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ
2. คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Pair t-test)
3. คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลสามารถสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย 2 ประการ ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1
2. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดีขึ้น

## อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ผู้วิจัยใช้แนวความคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลโดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอน และนำแนวคิดของ Kolb. (1984) ที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมให้ผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง และพัฒนากิจกรรมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 5 กิจกรรมจากการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม จะเห็นได้ว่าหลังดำเนินกิจกรรมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคำพูด/สิ่งที่สะท้อนให้เห็น ได้แก่

*“ดูลูกหงุดหงิด เดียวค่อยคุยกันวันหลังนะ”*

*“ลูกต้องการอะไรพอจะบอกได้ไหม เพื่อจะช่วยให้ลูกออกไปพบปะเพื่อนๆบ้าง”*

*“จับมือให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเบื่อไม่อยากกินยาต่อ”*

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเวียดา เจียมเจือจันทร์, จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์, ดวงพร หุ่นตระกูล และปกรณ์ ประจัญบาน (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ของผู้ใช้แรงงาน พบว่า คะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์สูงขึ้น

2. จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจะช่วยทำให้มีการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสว่างจิตต์ จันท (2544) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และจากการศึกษาของ Tomey (2003) พบว่า จากการศึกษากรณีตัวอย่างเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้นตอบสนองต่อการเรียนรู้ส่งผลให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยพัฒนาผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ส่งผลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ ซึ่งเป็นการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวที่ได้มารับการรักษาที่เป็นผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยประเมินความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก และสมาชิกในครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อม การให้ยารับประทานแก่ผู้ป่วย ซึ่งภายหลังจากทดลองพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนสูงขึ้น 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.33 แต่คะแนนที่เพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกว่าเดิมมากนัก แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลปกติ ของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรืออาจเป็นปฏิกริยาร่วมระหว่างการทดสอบครั้งแรกกับวิธีทดลอง (Interaction effect of testing and treatment) ซึ่งเป็นผลจากการทดสอบครั้งแรกที่ไปกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองต่อวิธีการทดลองเปลี่ยนไป จนทำให้ผลการทดสอบครั้งหลังเพิ่มขึ้น (วสันต์ ทองไทย, 2555) แต่ในการวิจัยครั้งนี้ หลังการทดลองพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงขึ้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นแตกต่างกว่าเดิมมาก และมีคะแนนสูงทั้งหมด 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

จากผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เนื่องจากเมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 5 พบว่าแต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ดังนี้

#### 1. การสร้างสัมพันธภาพ และค้นหาประสบการณ์เดิม

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย ผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเภท ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น คงความต่อเนื่องตลอดโปรแกรม ทำให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความร่วมมือเป็นอย่างดี และส่งผลให้สมาชิกเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นปัญหา และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยที่ผ่านมา สอดคล้องกับการศึกษาของอุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือได้ จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ รับรู้และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Oehl et al. (2000) พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

#### 2. การสะท้อนความคิดและสร้างความคิดรวบยอด

การประยุกต์ใช้การสะท้อนความคิดและสร้างความคิดรวบยอด เกี่ยวกับโรคจิตเภทสาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท ผลข้างเคียงของยา และญาติสามารถช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการกินยาได้อย่างไร ทำให้เข้าใจความรู้พื้นฐานของสมาชิกเพื่อจะได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด การใช้กระบวนการให้ความรู้ที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จะช่วยให้ผู้ดูแลมีวิธีการที่ญาติสามารถช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการกินยา เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สุขภาพจิต ญาติไม่

สามารถเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมหรืออาการของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วย ถูกต้องได้ (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ Griffiths et al. (2004) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการให้การบำบัดโดยการให้ความรู้ในกลุ่มมีโครงสร้าง จัดให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การแสดงบทบาทสมมติ เปรียบเทียบกลุ่มที่ไม่มีโครงสร้างที่ไม่ให้ความรู้ พบว่ากลุ่มมีโครงสร้างมีความรู้และร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโครงสร้าง

### 3. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด

การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ซึ่งต้องดูแลเป็นระยะเวลานาน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ทางใจ เกิดความเครียดมากขึ้น (ณัฐยา พรหมบุตร, 2545) ซึ่งการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในทางที่ไม่เหมาะสม จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพผู้ดูแล ขาดขวัญและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อการดูแลไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยอาการแย่ลง (Beker, 1989; เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ, 2543) ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลบางรายมีวิธีการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม ได้แก่ พยายามหลีกเลี่ยงไม่เผชิญหน้ากับผู้ป่วย จำกัดพฤติกรรมโดยการกักขังบริเวณหรือล่อลวง ฝังสะท้อนจากคำพูดของผู้ดูแล เช่น

*“ไม่กล้าอยู่บ้านกับผู้ป่วย ไปอยู่กับพี่น้องเวลากินข้าวค่อยเอามาให้กิน”*

*“มันมีแต่จะไปทำร้ายคนอื่น เลยต้องขังไว้บ้าน”*

ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการมองผู้ป่วยและการเจ็บป่วยทางจิตในแง่บวก ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพผู้ดูแล เกิดขวัญกำลังใจในการดูแล ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความอดทน ยอมรับ อภัย ความรัก กำลังใจ และความหวัง (Beker, 1989; เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ, 2543) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลบางรายมีวิธีการเผชิญความเครียดทางที่เหมาะสม ได้แก่ หาแหล่งสนับสนุนจากเพื่อน หรือจากทีมสุขภาพ การระบายความรู้สึก การแสวงหาข้อมูลข่าวสาร ฝังสะท้อนจากคำพูดของผู้ดูแล เช่น

*“พยายามพูดกับคนที่คิดว่าจะปลอบใจและให้คำปรึกษาเราได้”*

*“ไปคุยกับคุณหมอเพื่อขอคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย”*

*“อ่านความรู้จากแผ่นพับที่เวลาไปโรงพยาบาลแล้วได้มาอ่านอยู่บ้าน”*

กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด จะช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรม พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกราย ได้รับความรู้ และได้ฝึกฝนโดยและเปิดแผ่นซีดีเกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียดให้สมาชิกได้ดูและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง และทำให้รู้ว่าวิธีการในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การนวดผ่อนคลาย

### 4. การพัฒนาทักษะทางสังคม

การสื่อสารจะเป็นศูนย์กลางของการรวมตัวกัน ทำให้เกิดความใกล้ชิดผูกพันและการปรับตัวของบุคคลในครอบครัว (Galvin, และBrommel, 1996) ผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลแสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับการสื่อสารทั้งทางบวกและทางลบ จะช่วยให้เกิดตอบสนองตามที่ต้องการของกันและกัน ส่งผลต่อความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา สอดคล้องกับการศึกษาของอินทร์ วาริรัตน์กุล และพัชราภรณ์ เกษะประกร (2007) พบว่า รูปแบบการสื่อสารภายใน



ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อยาเสพติดของวัยรุ่น การสื่อสารภายในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว

คำพูดที่สะท้อนถึงการสื่อสารทางลบ เช่น

“ไม่กินยาที่ไม่ต้องกิน ปล่อยไว้ตามองตาต่อไป”

“จัดกินยาเองก็ไม่ใช่ กินมั่วไปหมด”

“ทำอะไรก็ไม่เป็น กวาดบ้านก็ไม่สะอาด มีแต่ซีเกียจ”

“ทำงานก็เหนื่อยอยู่แล้ว ยังต้องมาเหนื่อยกับลูกทุกวันๆ คนอื่นก็ไม่ช่วยกลัวผู้ป่วยดี”

คำพูดที่สะท้อนถึงการสื่อสารทางบวก เช่น

“แม่เสียใจที่เห็นลูกไม่กินยา อยากให้ลูกหาย”

“ผมออกไปทำงานนอกบ้าน อยากให้คุณทำงานในบ้านบ้านเล็กๆน้อยๆก็ยังดี”

“ถึงจะเหนื่อยแต่ถ้าเห็นผู้ป่วยกินยา ไม่ไปตีหม้อแล้ว ญาติก็ดีใจ”

การพัฒนาทักษะทางสังคมจะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยสมาชิกฝึกทักษะทางสังคมในประเด็นการสื่อสารระหว่างบุคคลอื่น และการขอความช่วยเหลือ ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้และทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท และลดระยะห่างทางสังคม (Corrigan, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา คำพิง (2552) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า การฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น และได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้างมากขึ้นส่งผลให้การรับรู้ตราบาปลดลง ยิ่งผู้ป่วยมีลักษณะและ ความรุนแรงของอาการยิ่งมีความต้องการการสนับสนุน ทางสังคมเพิ่มขึ้น (ขวัญสุตา บุญทศ และคณะ, 2556)

คำพูดที่สะท้อนถึงการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น

“ไปคุยกับคุณหมอเพื่อขอคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย”

“เวลาผู้ป่วยอาการกำเริบ ไม่กล้าจับ ก็อาศัยนายตำรวจช่วยจับมาส่งโรงพยาบาล”

“จะพาผู้ป่วยไปหาหมอแต่ละทีลำบาก ไม่มีรถ บางที่ได้รถ อดต.นำส่ง”

##### 5. ฝึกทักษะและประยุกต์ความคิด

ฝึกทักษะและประยุกต์ความคิด โดยการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มีทักษะการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม และการฝึกให้ทำซ้ำๆและส่งเสริมให้เอาไปใช้ในสถานการณ์จริงจะทำให้เกิดการเรียนรู้เร็วขึ้น (Lieberman, 1992 อ้างใน เยาวลักษณ์ การกล้า, 2550)

สรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ สามารถช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเหมาะสมขึ้น สมาชิกในกลุ่มมีการสนับสนุน ส่งเสริมกันและกัน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชนในงานประจำ เพื่อเป็นแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข

2. พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรพัฒนารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวสามารถเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

1. ควรทำวิจัยผลการศึกษาการผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในผู้ป่วยจิตเวชชนิดอื่นๆหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

2. ควรมีการศึกษาระยะยาว และติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และประสิทธิผลโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

## รายการอ้างอิง

- กนกวรรณ ทาสอน. (2545). **ผลของกลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กรมสุขภาพจิต. (2541). **เทคโนโลยีการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภท**. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2550). **รายงานการประชุมกรมสุขภาพจิตประจำเดือนมกราคม 2550**. นนทบุรี: กองแผนงาน.
- กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2551-2553). **สถิติประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชกรมสุขภาพจิต**. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- จินตนา จักรปิง. (2552). **ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล โรงพยาบาลน่าน วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2542). **แนวคิดในการพัฒนางานบริการผู้ป่วยจิตเวช**. รายงานการอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
- จิราพร รักการ. (2549). **ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร เพิ่มเยาว์. (2547). **ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ. (2546). **ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกเจตคติและความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์พลชัย.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). **ความรู้สึทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำ : กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, 14(2), 30-39**.
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2549). **ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชะอุทธิ์ พงศ์อนุตริ. (2531). **การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 33(1), 99-105.
- ชะอุทธิ์ พงษ์อนุตริ, วิภาวี เผ่ากันทรากกร, และมารี แจ่มพงษ์. (2530). **มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์พลชัย.

- ณัฐยา พรหมบุตร. (2545). **สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
- ดรุณี คชพรหม. (2543). **ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ถวิล นภาพงศ์สุริยา ยาใจ สิทธิมงคล พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ และเพลิน เสียงโซคอยู่. (2543). พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง. *วารสารพยาบาล*, 49(1), 24-32.
- ทศนา แชมมณี. (2550). ศาสตร์การสอน : **องค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทศนา แชมมณี. (2550). ศาสตร์การสอน : **องค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ**. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัทด้านสุทธการพิมพ์.
- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). **ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวีชาชาติ. (2548). **ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวีชาชาติ; และคณะ. (2539). **การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบกลุ่ม. การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท : คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: Advisory Board.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์; และ ชนมม สุษะชีวัน. (2536). **คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพ**. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 11(1), 29-35.
- นิตการ แก้วพิลา. (2545). **ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง**. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2550). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และ เยาวนาถ สุวลักษณ์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(3), 141-149.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ. (2536). **พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. (2538). **การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช.**  
ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ผกามาศ นฤนาทวานิช. (2552). **การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการ  
ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก.** การศึกษาค้นคว้าปริญญา  
อิสระพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิณานนท์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท.** สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย  
ไทย. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). **การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ.**  
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภุมมาภิชาติ แสงเขียว. (2542). **การรับรู้การปฏิบัติหน้าของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิต  
เภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาล  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์. (2544). **สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช  
ตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 9(3), 113-127.**
- มยุรี กลีบวงษ์. (2552). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิต  
เภทของผู้ดูแล.** ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2).**  
กรุงเทพฯ: ยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). **สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล.**  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยี่สุน ใจดี. (2540). **ปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นการดูแลในโรงพยาบาลรามาธิบดี.** วิทยานิพนธ์ปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร,**  
2(1), 84-94.
- ยุวดี วงษ์แสง. (2548). **ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง  
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- รัชนี้กร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตติยา ทอแสง. (2544). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตโดยเครือข่ายสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี. from Available from [http://www.dmh.go.th/ Abstract/alldetails.asp?code=000268](http://www.dmh.go.th/Abstract/alldetails.asp?code=000268). Online [5/April/2511]
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมาลา เจริญชัย. (2545). พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิดา เจียมเจือจันทร์. (2011). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่สเตียรอยด์ของผู้ใช้แรงงาน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 5(2), 34-44.
- เวทีนี สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญ, และ เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า. (2544). ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 46(2), 107-117.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วี เจ พรินต์ติ้ง.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, บุญเรือง ร่วมแก้ว, และจิตรารัตน์ พิมพ์ดีด. (2545). การสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเภทหญิงต่อการติดประกาศผลการประเมินพฤติกรรมในการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด. วารสารคณะพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 25(2-3), 38-40.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2538). รายงานการวิจัยเรื่อง ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและการเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 9(1), 10-18.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2549). จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2553). ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สว่างจิตต์ จันทร. (2544). ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สันชัย วสุนธรา. (2547). จิตเภท. กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สมณฑา บุญชัย. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในโครงการดูแลผู้ป่วยจิต เวชที่ บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรภา ทองรินทร์. (2546). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- เสรี ลาขโรจน์. (2537). หลักเกณฑ์และวิธีการวัดผลและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. เอกสารการ สอนชุดวิชาวัดและประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 3 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: สุโขทัยธรรมาธิราช.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์ จำกัด.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแล ตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: ชันตาการ พิมพ์.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & and Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducation approach. *Schizophrenic Bulletin* 6(3), 490-505.
- Baker, A. F. (1989). Living with a chronically in schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27(1), 31-35.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and person health behaviors* Charles B: Slack, Inc.
- Bohr, P. C. (2001). Office ergonomics education: Acomparison of traditional and participatory methods. *Work*, 19, 185-191.

- Campbell, C. S. (2000). A substance abuse prevention program for young adult: A case study of participatory learning. Retrieved September 22, 2010, from <http://www.sciencedirect.com.ejournal.mahidol.ac.th>
- Cochran, W. G., & Cox, G. M. (1992). *Experimental Designs*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons.
- Eakes, G.G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individual. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 77-84.
- Falloon, I. R. H. e. a. (1985). **Family management of schizophrenia: A study of clinical, social, family and economic benefits**. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Fowler. (1992). Family psychoeducation Chronic psychiatrically ill caribbean patient. *Journal of Psychosocial Nursing*.
- Goldman, C. R., & Quinn, F. L. (1988). Toward a definition of psychoeducation. *Hospital and Community Psychiatry*, 12(5), 288-294.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiver to the frail elderly *Annual of Geriatrics*, 5, 194-246.
- Ip, G. S. H., & Mackenzie, A. E. (1998). Caring for Relative With Serious Mental Illness at Home: The Experiences of Family Caress in Hong Kong. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 288-294.
- Judith B.K. (1980). The Chronic Psychiatric in the Community-A Model of Care. *Nursing Outlook*, 308-314.
- Keen, T. (2003). **The person with Schizophrenia**. London: Oxford University press.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning : Experience as the source of learning and development*. New Jersey Prentice Hall Inc.
- Kolb, D. A., Rubin, I. M., & Osland, J. (1991). **Organizational behavior: An experiential approach**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Lai Yu Cheng., & Sally Chan. (2005). Psychoeducation Program for Chinese Family Carers of Members With Schizophrenia. *West J Nurs Res*, 27, 583-599.
- Lefley, H. P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. *Hospital & Community Psychiatry*, 38(10), 1063-1070.
- Leininger. (1991). *Cultural care diversity and universality : A Theory of Nursing*. New York: Natural league for nursing.
- Linda C, & Louis Ellen B. (1989). Issues in Psychiatric Care-giving. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3(2), 61-68.
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: A review of research studies. *Journal of Advances Nursing*, 21, 248-255.



- Martha A. Churchill. (2007). Social Security : How to prove you are disabled when you have a mental illness. from. [serial online] 2007. Available from: <http://www.marthachirchill.com/ssmibasic.htm>. Accessed Mar 15,2007
- McFarlance, W. R., Dixon, L., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation an schizophrenia : A review of the literature. **Journal of Marital and Family Therapy**, 29, 223-245.
- Orem, D. E. (1995). **Nursing Concept of Practice** (5th edition.). St Louis: Mosby Year Book.
- Pai, S., & Kapur, R. L. (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. **British Journal of Psychiatry**, 138, 332-335.
- Pilz, M. E. (1990). Education of youth for tooth and oral health, aspects of behavior modification, family education, initiative, and responsibility. **Stomatol DDR**, 40, 236-240.
- Rochell L.C. (1987). Community Care of the Chronically Mentally Ill. **Journal of Psychosocial Nursing**, 25(1), 33-37.
- Rummel-Kluge, C., & Kissling, W. (2008). Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. **Expert Rev. Neurother**, 8(7), 1067-1077.
- Salleh, M. R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay Families. **British Journal of Psychiatry**, 89(180-185).
- Thomas C. Jewell, Donna Downing, & William R. McFarlane. (2009). Partnering with families multiple family group psychoeducation for schizophrenia. **Journal of Clinical Psychology**, 65, 868-878.
- Tomey, A. M. (2003). Learning with case. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, 34, 34-38.
- Tungpunkom, P. (2000).). **Staying in balance : Skill and role development in psychiatric care giving**. Dissertation. San Francisco: The University of California. Photocopied.
- Watson, J. (1985). **The philosophy and Socienec of Caring**. Colorado: Colorado associated university press.
- Williams, C. A. (1989). Patient education for people with schizophrenia. **Perspectives in Psychiatric Care**, 25, 14-21.
- Wolf, Z. R. (1986, July). The caring concept and nurse identified caring behaviors. **Topics in Clinical Nursing**, 8, 84-89.
- World Health Organization. (2006). **ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**. (10 th revision). (volume 1A). Geneva.

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

World Health Organization. (2011). Schizophrenia.[online]. from Available from : [http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/) [2011, July 20]

Yamashita, M. (1996). Study of how families care for mental ill relatives in Japan. **ICN. International Nursing Review**, 43(4), 121.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์พงศธร ระพีพัฒน์ชัย	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา
2. นางณัฐกานต์ ใจบุญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา
3. อาจารย์ เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
4. อาจารย์ สาริณี โต๊ะทอง	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
5. นางอำพัน หิรัญอุทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสามชุก



ภาคผนวก ข  
แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Patient/ Participant Infoerm Sheet )

ชื่อโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

ชื่อผู้วิจัย นางสาวชดา เวชการณา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลศรีธัญญา 47 ม.4 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 (ที่บ้าน) 150 ม.7 ต.หนองน้ำใส อ.พัฒนานคร จ.สระแก้ว 27160

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-528-7800 ต่อ 57424

โทรศัพท์มือถือ 087-150-7149,080-926-9287 E-mail : Suchada.wej@hotmail.com

วันที่ชี้แจง .....

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อทบทวนและช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ หากท่านอ่านแล้วมีข้อสงสัยต้องการซักถาม กรุณาสอบถามได้จากผู้วิจัยซึ่งจะสามารถให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ และหากท่านได้ ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะได้รับสำเนาใบยินยอมที่ท่านได้ลงนามไว้ จำนวน 1 ฉบับ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น ความสมัครใจ ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของท่าน หรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้

### โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด หากไม่ได้รับการรักษา จะเกิดการเสื่อมถอยทางความคิดและพฤติกรรมอย่างมาก (สันชัย วสุนธรา, 2547) เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาดมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนสูงขึ้นทุกปี ผู้ป่วยจิตเภทผลจากการ



เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทยังทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเปลี่ยนไป ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติ ที่ต้องได้รับความช่วยเหลือดังนั้นครอบครัวต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่ในทางปฏิบัติผู้ดูแลหลักจะได้รับผลกระทบโดยตรงจากการดูแล และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ ความบกพร่องด้านการสื่อสารกับคนรอบข้าง ไม่เข้าใจคำแนะนำของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถที่จะเริ่มพูดคุยกับคนอื่น กลัวคนแปลกหน้าแยกตัวเองออกจากสังคม ขาดความอดทน ไม่มีสมาธิพอที่จะทำงานหรือประกอบอาชีพได้ เป็นต้น ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการเผชิญพฤติกรรมของผู้ป่วยเหล่านี้ จนทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ทุกข์ทรมาน และวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ จนทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับจนสุขภาพทรุดโทรม การให้ความรู้ในรูปแบบสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย สามารถให้การดูแลอาการต่างๆของผู้ป่วยได้มากขึ้นมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (Anderson et al.,1980) ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ร่วมกับแนวคิดของ Kolb. (1984) ที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้เพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพของการรักษาที่ดีต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
- 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้**

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท
2. เป็นผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล
3. คะแนนพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทระดับน้อยถึงระดับปานกลาง(ร้อยละ60-80)
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท

1. มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
2. ไม่มีการป่วยซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน
3. มีอาการทางจิตทุเลา โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

### เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรเพียงคนใดคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท
  2. เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล
  3. ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร
- การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมดจำนวน 30 ครอบครัว

### ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัย

ท่านจะได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมี ส่วนร่วมต่อพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลทั้งหมด 5 ครั้ง (สัปดาห์ละครั้ง) โดยใช้ระยะเวลาแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที

### หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

- หากท่านได้รับทราบแนวทางการปฏิบัติในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยรวมถึงได้เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ท่านจะได้รับการปฏิบัติดังนี้
1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
  2. ก่อนดำเนินกิจกรรมตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล
  3. เข้ากิจกรรมตามวัน เวลา สถานที่ที่นัดหมาย ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ซึ่ง 1 กลุ่มใหญ่ประกอบด้วย 5 ครอบครัวโดย **กลุ่มที่ 1** ดำเนินกิจกรรมในวันพุธ ภาคเช้า **กลุ่มที่ 2** ดำเนินกิจกรรมในวันพุธ ภาคบ่าย และ **กลุ่มที่ 3** ดำเนินกิจกรรมในวันพฤหัสบดีภาคเช้า ใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์
  4. ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้ง 5 ครั้ง ตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททันที และหลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ ตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ถูกวิจัยเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติหัตถการใดๆที่เป็นการรุกรานร่างกายและคุกคามด้านจิตใจ แต่อาจต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของ ผู้ถูกวิจัย และถ้าผู้ถูกวิจัยได้รับความเสียหายหรือความรู้สึกลำบากใจหรือรู้สึกกังวลที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรมและให้การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาเบื้องต้น

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย**

ผลของการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อท่านคือมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยไม่กำเริบ สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างมีความสุข และจะเป็นแนวทางการบำบัดมาใช้ส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ

### **ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)**

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น และจะไม่ได้ได้รับความเสียหายใดๆ เนื่องจาก เป็นการให้ข้อมูลซึ่งเป็นการสัมภาษณ์เท่านั้น หากเกิดสถานการณ์ที่ท่านต้องการความช่วยเหลือในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษา หรือส่งต่อเพื่อรับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมจากทีมการรักษาต่อไป

### **ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย**

ท่านจะได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยเป็นค่าเดินทางจำนวน 100 บาท ต่อครั้ง

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริงของท่าน การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยจะกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความระมัดระวัง หากมีความเสียหายใดๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็นความลับและจะดำเนินการอย่างรัดกุม ปกป้องโดยเก็บข้อมูลที่บันทึกเสียงไว้ในตู้เก็บเอกสารส่วนตัวมีกุญแจล็อก และจะทำลายทันทีที่วิเคราะห์ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว และจะแยกเก็บข้อมูลจากการสอบถามและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อป้องกันการตรวจสอบข้อมูลของท่านได้ และจะไม่มีทางอ้างถึงท่านโดยใช้ชื่อของท่านในรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้สิทธิประโยชน์อื่น อันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาของท่านครั้งนี้โดยจะไม่มีผลเสียผลประโยชน์ใดๆ รวมทั้งถ้าท่านมีเหตุผลส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป ท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาภายหลังได้ โดยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผลหากท่านไม่สะดวกใจและการตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของท่าน

### หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร

ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัย นางสาวสุชาดา เวชการุณา นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อยู่ 150 ม.7 ต.หนองน้ำใส อ.พัฒนานคร จ.สระแก้ว 27160 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-528-7800 ต่อ 57424 (มือถือ) 087-1507149, 080-926-9287

### หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

อาจารย์ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 02- 2181152 ในวันและเวลาราชการ

ข้าพเจ้าหวังว่าจะได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(นางสุชาดา เวชการุณา)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ค  
พิจารณาจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ที่ สธ ๐๘๑๘/๑๘๖๖

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์  
๔๔๐ หมู่ ๔ ตำบลนาอาน  
อำเภอเมือง จังหวัดเลย ๔๒๐๐๐

๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตการดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

เรียน คุณสุชาดา เวชการุณา

ตามที่คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้พิจารณางานวิจัย “ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล” ผู้วิจัยหลัก นางสุชาดา เวชการุณา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการฯ มีมติ อนุมัติ ให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ตามโครงร่างงานวิจัยที่เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายณัฐกร จำปาทอง)

ประธานคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์



เอกสารเลขที่.....2...../ 2556

คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

โครงการวิจัย (ชื่อภาษาไทย): ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

(ชื่อภาษาอังกฤษ): THE EFFECT OF PSYCHOEDUCATION PROGRAM EMPHASIZING PARTICIPATORY LEARNING ON CARING BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS

ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก: นางสาวตา เวชการุณา

สถานดำเนินการวิจัย: โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

เอกสารที่พิจารณา:

1. โครงร่างวิทยานิพนธ์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ ได้พิจารณาโครงร่างการวิจัยแล้ว คณะกรรมการฯพิจารณาในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสารโครงร่างการวิจัย

  
 (นายณัฐกร จำปาทอง)

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
 โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์



ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



เลขที่แบบสอบถาม.....

ID .....

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท)**

1. เพศ

- (1) ชาย                       (2) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

- (1) โสด                       (2) คู่  
 (3) หม้าย                       (4) หย่า/แยก

4. ระดับการศึกษา

- (1) ไม่ได้เรียน                       (5) ปวส./ปริญญาตรี  
 (2) ประถมศึกษา                       (6) สูงกว่าปริญญาตรี  
 (3) มัธยมศึกษา                       (7) อื่น ๆ (ระบุ).....  
 (4) ปวช./อนุปริญญา

5. อาชีพ

- (1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ                       (4) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  
 (2) ทำนา ทำสวน ทำไร่                       (5) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ  
 (3) รับจ้าง/ลูกจ้างบริษัทเอกชน                       (6) อื่น ๆ (ระบุ).....

6. รายได้ของผู้ดูแล/เดือน

- (1) ไม่มีรายได้                       (5) 15,001 – 20,000 บาท  
 (2) ต่ำกว่า 5,000 บาท                       (6) 20,001 – 25,000 บาท  
 (3) 5,000 – 10,000 บาท                       (7) 25,001 – 30,000 บาท  
 (4) 10,001 – 15,000 บาท                       (8) มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป

7. ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย .....ปี ..... เดือน

8. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะใด

- (1) บิดา มารดา                       (5) ลูก ป้า  
 (2) บุตร ธิดา                       (6) น้ำ อ่า  
 (3) สามี ภรรยา                       (7) ลูกพี่ ลูกน้อง  
 (4) พี่ น้อง                       (8) อื่น ๆ (ระบุ.....)

เลขที่แบบสอบถาม.....

ID .....

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบโดยการเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ไม่เคย	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนี้เลยในการดูแล	มีค่าคะแนน 0 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ้าง 1-2 ครั้ง ในรอบ 1 เดือน	มีค่าคะแนน 1 คะแนน
บ่อยครั้ง	หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ้างบางโอกาส บางเวลา และบางสถานการณ์ (มากกว่า 2 ครั้ง ในรอบ 1 เดือน)	มีค่าคะแนน 2 คะแนน
เป็นประจำ	หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้สม่ำเสมอ ในการดูแล	มีค่าคะแนน 3 คะแนน

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ความถี่ของการปฏิบัติ			
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
<b>ให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยจิตเภท</b>				
1. ท่านใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลอ่อนโยนในการเรียกชื่อหรือพูดคุยกับผู้ป่วย				
2. ท่านใช้เวลาแก่ผู้ป่วยในการพูดคุย				
3. ท่านเอาใจใส่และสนใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย				
.....				
.....				
.....				
38.....				
39.....				
40 .....				



#### ส่วนที่ 4 แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และค้นหาประสบการณ์เดิม: นำประสบการณ์เดิมของตบมาใช้ในการดูแล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

##### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้สมาชิกนำประสบการณ์เดิมของตบมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

##### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม
2. สามารถบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมได้
3. สามารถบอกประสบการณ์เดิมของตบมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

##### สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ขั้นตอน การดำเนินการ ระยะเวลา รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมของการวิจัย แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมของตบมาใช้ในการดูแลระหว่างสมาชิก เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

##### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1 และใบงานที่ 2
2. ใบความรู้ที่ 1 และใบความรู้ที่ 2
3. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

##### กิจกรรม

1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิก โดยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง

2. ผู้นำกลุ่มพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ โดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อนเพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ
3. ชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การดำเนินกิจกรรมโดยย่อในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม
4. แบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 2 กลุ่ม ให้สมาชิกได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในประเด็น “ผู้ป่วยที่ท่านดูแลมีพฤติกรรมอะไรบ้างที่เป็นปัญหา” (ใบงานที่ 1) และผู้นำกลุ่มสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว
5. ให้ตัวแทนสมาชิกกลุ่มย่อยนำเสนอในกลุ่มใหญ่ ในสิ่งที่บันทึกลงในใบงานที่ 1
6. ให้สมาชิกกลุ่มย่อยร่วมกันแสดงความคิดเห็นในประเด็น “ท่านจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยต่อไปได้อย่างไร” (ใบงานที่ 2)
7. ให้ตัวแทนสมาชิกกลุ่มย่อยนำเสนอ ในสิ่งที่บันทึกลงในใบงานที่ 2
8. กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมของตนเองที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
9. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ใบความรู้ที่ 1) และเรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีจัดการ (ใบความรู้ที่ 2)
10. ให้สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้พูดคุยในวันนี้ และผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุม
11. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมที่ 2 (ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2)

#### การประเมินผล

ประผลจากกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและค้นหาประสบการณ์เดิม จากการสังเกตพฤติกรรมสมาชิกว่ารู้สึกผ่อนคลาย ความสนใจ การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมของตนมาใช้ในการดูแล

## ใบงานที่ 1

ผู้ป่วยที่ท่านดูแลมีพฤติกรรมอะไรบ้างที่เป็นปัญหา

ปัญหาที่พบ

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_

## ใบงานที่ 2

## 1. ท่านจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยต่อไปนี้ได้อย่างไร

นอนไม่เป็นเวลา

---

---

หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว ส่งเสียงดัง

---

---

ไม่สนใจตัวเองไม่ดูแลสุขอนามัยของตัวเอง

---

---

ไม่สนใจช่วยงานบ้าน

---

---

ไม่ยอมรับประทานยา

---

---

## ใบความรู้ที่ 1 เรื่องบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวมีส่วนสำคัญมากที่จะช่วยเหลือแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือความเข้าใจในโรคจิตเภท โดยเฉพาะข้อความที่ว่า “ไม่มีคนใดคนหนึ่งหรือครอบครัวใด ครอบครัวหนึ่งที่เป็นต้นเหตุให้เกิดโรคจิตเภท แต่ทุกคนในครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยจิตเภท”

### บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วย

บทบาทของญาติที่สำคัญ ได้แก่ การช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ทั้งนี้เพราะโรคจิตเภท เป็นโรคที่ต้องการเวลายาวนานในการรักษาและเป็นโรคที่มีโอกาสกำเริบสูง ซึ่งอาจเกิดจากการขาดยา ผู้ป่วยมีความเครียด หรือขาดการดูแลเอาใจใส่จากญาติ การป้องกันการกำเริบของโรคทำได้ดังต่อไปนี้

- **ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยดูแลตนเอง**

ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการแยกตัวจากสังคม เฉยชา ไม่มีเป้าหมายชีวิต การดูแลตนเองไม่ดี ทำให้ อนามัยส่วนตัวไม่ดี ซึ่งอาจทำให้ญาติเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยขี้เกียจ ทำให้ญาติมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยซึ่งญาติต้องเข้าใจให้ถูกต้องว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นอาการของโรค ญาติควรช่วยเหลือโดยให้ผู้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ในบ้าน เช่น มอบหมายให้ ล้างถ้วย ชาม กวาดบ้าน ภูบ้าน เป็นต้น

- **คอยสังเกตอาการการกำเริบ**

ความช่างสังเกตของญาติในอาการเตือนของผู้ป่วย เช่น ญาติสังเกตได้ว่าผู้ป่วยเริ่มสับสน ระวัง ไม่ยอมนอน พุดมากขึ้น แยกตัว เก็บตัวเงียบ ฯลฯ ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยแพทย์ในการป้องกันการกำเริบได้ และจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที่

- **ช่วยลดความเครียดให้ผู้ผู้ป่วย**

ความเครียดบางอย่างอาจเป็นปัญหากับผู้ป่วยที่กำลังจะดีขึ้น ความเครียดอาจเกิดจากภายในหรือภายนอกครอบครัวก็ได้ ซึ่งญาติจะช่วยลดความเครียดในผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบได้โดยการปรับเปลี่ยนความคาดหวังในตัวผู้ป่วยให้เหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้ พยายามค้นหาสิ่งที่คุณป่วยสามารถทำได้ และช่วยให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปรับตัวตามความสามารถ พุดกับผู้ป่วยสั้นๆ ให้ได้ใจความ อย่าเปลี่ยนแปลงตารางเวลาต่างๆ ถ้าไม่จำเป็น และรักษาสัญญาที่ให้กับผู้ป่วย

1. หลีกเลียงการทะเลาะกับผู้ป่วย

2. ลดความตึงเครียดของตัวเอง โดยญาติควรหาเวลาส่วนตัว หรือพักผ่อนบ้างด้วยการผลัดกันให้ญาติคนอื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วยแทน เพราะถ้าญาติมีความเครียดน้อยลง ผู้ป่วยก็จะเครียดน้อยลงด้วย

- **ค้นหาและสนับสนุนจุดดีของผู้ป่วยแม้จะเป็นจุดเล็กๆ ที่ผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นก็ตาม**

สนับสนุนผู้ป่วยให้ค่อยๆ ปรับตัวโดยไม่เร่งรัด ญาติอาจชมเชยและให้กำลังใจ เช่น ให้ผู้ป่วยอาบน้ำเอง หัดซักทาส้วมกับคนอื่น เป็นต้น จุดเล็กๆ เหล่านี้จะรวมเป็นจุดใหญ่ให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

- **อย่าลืมนัดดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับยาและให้ผู้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด**

เนื่องจากโรคจิตเภท ต้องการระยะเวลาที่นานพอสมควรในการรักษา ดังนั้น การรับยาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าญาติเห็นว่าโรคดีขึ้นแล้ว หรือมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาแล้วไม่ไปรับยาตามนัด จะทำให้ผู้ป่วยขาดยาและเกิดปัญหาขึ้นได้ ดังนั้นจึงควรรีบปรึกษาแพทย์ ก่อนที่จะหยุดยา และควรดูแลผู้ป่วยให้รับยาอย่างสม่ำเสมอ



## ใบความรู้ที่ 2

### เรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีจัดการ

#### 1. พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทคืออะไร

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง ทำงานไม่ได้ และไม่สามารถรับผิดชอบหน้าที่ของตนเอง รวมทั้งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัย และเพิ่มภาระให้แก่ญาติมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย

#### 2. พฤติกรรมที่เป็นปัญหา

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่พบบ่อยมีดังต่อไปนี้

- นอนไม่หลับ หรือนอนเกือบทั้งวัน
- หงุดหงิดโมโหง่าย และก้าวร้าว
- อยู่ในโลกของตัวเอง ไม่เข้าใจในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น เช่น เปิดวิทยุเสียงดังโดยไม่เกรงใจผู้อื่นในเวลากลางคืน
- ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง เกียจคร้าน ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง
- ออกเที่ยวนอกบ้าน เดินเรื่อยเปื่อย
- ตะโกนส่งเสียงดังและพูดคำหยาบ
- ดูโทรทัศน์เกือบทั้งวัน
- กินอาหารมูมมาม

#### 3. วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

ญาติต้องยอมรับความจริงที่ว่า การใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดกับทุกคนในบ้าน เนื่องจากพฤติกรรมที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วยและผู้ป่วยไม่สนใจความรู้สึกของคนอื่น ดังนั้นญาติจำเป็นต้องรู้วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเหล่านั้น โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

##### 3.1 ขั้นตอนในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

- 3.1.1 ญาติทำความเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยและควรหลีกเลี่ยงการคัดค้านหรือยืนยันเมื่อเห็นว่าเป็นไปไม่ได้
- 3.1.2 รับฟังความคิดเห็น และความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจและเห็นใจให้ ความรักความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยตามสมควร
- 3.1.3 หลีกเลี่ยงการแสดงความโกรธ เกลียดรำคาญ และไม่แสดงความรังเกียจผู้ป่วย ควรให้ความสนใจพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยดี และไม่ควรจับผิดหรือตำหนิติเตียนผู้ป่วยโดยไม่มีเหตุผล
- 3.1.4 หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์โกรธ หรือทะเลาะวิวาทกันในครอบครัว เพราะการแสดงอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวอาจไปกระตุ้นพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยขึ้นได้

- 3.1.5 ญาติควรจะแสดงความห่วงใย สนับสนุนและประคับประคองผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
- 3.1.6 ดูแลให้ผู้ป่วยกินยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรหยุดยาเอง
- 3.1.7 พูดคุยกับผู้ป่วยแต่ละเรื่องให้ชัดเจน และใช้คำพูดที่เข้าใจง่ายที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่พูดข่มขู่ให้ผู้ป่วยกลัว หรือวิตกกังวล
- 3.1.8 ไม่ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนกับผู้ป่วยช่วยตัวเองไม่ได้ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนขาดความรับผิดชอบ ทำให้ต้องพึ่งพาคนอื่นตลอดเวลา

### 3.2 ขั้นตอนในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

#### 3.2.1 เรื่องการนอนไม่เป็นเวลา

ผู้ป่วยจะนอนไม่หลับ ผลุดลุก ผลุดนั่ง ลุกเดินไปมาในห้องหรือนอนหลับน้อยกว่า 2-3 ชั่วโมงต่อคืน ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียในตอนกลางวัน

##### วิธีการจัดการ

- ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอุ่นๆ หรือนมอุ่นๆ ก่อนนอน งด ชา หรือกาแฟ
- ให้ผู้ป่วยงีบหลังอาหารกลางวันได้ แต่ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง
- ก่อนเข้านอนควรให้ผู้ป่วยทำจิตใจให้สงบ ถ้าผู้ป่วยอ่านหนังสือได้ให้อ่านหนังสือธรรมะจนเบื่อแล้วเข้านอน
- ให้ผู้ป่วยได้ทำงานหรือทำกิจกรรมที่ออกแรงในตอนกลางวัน เช่น ขุดดิน รดน้ำต้นไม้ ถางหญ้า เพื่อให้เหนื่อยจะได้หลับในตอนกลางคืน
- กำหนดให้ผู้ป่วยเข้านอนตามเวลาที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย หรือลูกกับนิสสัยผู้ป่วยกินยานอนหลับตามแพทย์สั่ง
- ถ้าผู้ป่วยนอนไม่หลับติดต่อกัน 3 คืน ญาติควรพาผู้ป่วยไปปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือสถานเอนามัยใกล้บ้าน หรือนำไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจิตเวชเพราะอาจเป็นอาการเตือนก่อนมีการกำเริบของโรค หรือแพทย์อาจจะปรับเปลี่ยนยารักษาโรคจิตให้ใหม่

#### 3.2.2 ผู้ป่วยหงุดหงิด โมโหง่าย ก้าวร้าว

##### วิธีการจัดการ

- ญาติต้องหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า หรือการโต้แย้งกับผู้ป่วย
- พูดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่มั่นคง และนุ่มนวล ไม่แสดงอารมณ์โกรธให้ผู้ป่วยเห็น เพราะจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโกรธมากขึ้น
- เก็บของใช้ที่แหลมคม หรือของที่จะเป็นอาวุธให้มิดชิด
- ถ้าผู้ป่วยตะโกนด่าส่งเสียงดัง ควรปล่อยให้ผู้ป่วยได้ระบายความก้าวร้าวทางคำพูดไปสักพักแล้วจะสงบเอง ไม่ควรไปห้ามเพราะจะยิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยโกรธมากขึ้น แต่ควรสอบถามความต้องการของผู้ป่วยแทน เช่น

“ต้องการอะไรหรือ” “ไม่สบายใจเรื่องอะไร” “มีอะไรที่ญาติจะช่วยได้บ้าง” แล้วญาติสนองตอบความต้องการตามที่สามารถทำได้ ถ้าทำไม่ได้ให้ยื่นฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดอย่างสงบสักระยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะลดความหงุดหงิดก้าวร้าวลง

ถ้าผู้ป่วยอาการรุนแรงมากขึ้น มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น ต่อสิ่งของหรือเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยของ ควรนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

### 3.2.3 เกียรติศรีน ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ทำงานหรือออกเที่ยวนอกบ้าน

คนทั่วไปมักจะทำงานต่างๆ โดยอัตโนมัติ แต่สำหรับผู้ป่วยอาจต้องมีการเรียนรู้ขั้นตอนต่างๆ ของการทำงานโดยละเอียดจึงจะทำงานได้ และต้องประเมินความยากง่ายของงานให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยด้วย

#### วิธีการจัดการ

- พูดคุยกับผู้ป่วยถึงการช่วยทำงานบ้าน เพื่อดูว่าผู้ป่วยพอจะทำอะไรได้บ้าง
- ตกลงกับผู้ป่วยเกี่ยวกับงานบ้านที่จะมอบหมายให้ทำ เช่น กวาดบ้าน เก็บถ้วยชามไปล้าง ซักผ้า ทำกับข้าว เป็นต้น
- บอกขั้นตอนของการทำงานแต่ละอย่างให้ผู้ป่วยทราบ และลงมือทำงานนั้นเป็นเพื่อนกับผู้ป่วย (ทำพร้อมกับผู้ป่วย)
- ขณะทำงานหมั่นพูดคุย ชมเชยและให้กำลังใจผู้ป่วยด้วย
- เมื่อผู้ป่วยทำคล่องขึ้น ปล่อยให้ผู้ป่วยทำ ญาติคอยดูห่างๆ จนสามารถปล่อยให้ทำเองได้
- เรื่องความสะอาดส่วนตัว หรือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก็เช่นกัน ควรสอนผู้ป่วยเป็นขั้นตอน ดูแลให้ผู้ป่วยทำ คอยให้กำลังใจชมเชย กระตุ้นให้ทำเป็นระยะๆ จนผู้ป่วยทำเองได้
- ญาติควรสอนให้ผู้ป่วยทำงาน และมอบหมายงานให้ หรือหางานอดิเรกให้ทำ

#### ตัวอย่างการช่วยงานบ้าน

คนทั่วไปมักจะทำงานต่างๆ โดยอัตโนมัติ แต่สำหรับผู้ป่วยอาจต้องมีการเรียนรู้ขั้นตอนต่างๆ ของการทำงานโดยละเอียด จึงจะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และต้องประเมินความยากง่ายของงานกับความสามารถที่เป็นไปได้ของผู้ป่วย ตัวอย่างงานบ้านที่อาจมอบหมายให้ผู้ป่วยทำ เช่น กวาดบ้าน เก็บโต๊ะอาหาร ซักผ้า ล้างจาน ทำกับข้าว รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น

### ตัวอย่างของการกำหนดขั้นตอนของการล้างจาน

- เอาเศษอาหารออกให้หมด
- ผสมน้ำยาล้างจานกับน้ำ
- ล้างจานด้วยน้ำยา
- ล้างน้ำให้สะอาด
- ตากให้แห้ง

### ลักษณะที่ดีของข้อตกลงร่วมกันในบ้าน

1. เน้นเรื่องพฤติกรรมไม่ใช่ความรู้สึก เพราะสามารถเห็นและเข้าใจได้ง่ายกว่า เช่น ทำอะไรไม่ทำอะไร
2. ต้องอยู่บนพื้นฐานของความคาดหวังตามความเป็นจริง ตามอาการป่วย และควรจะค่อยๆ ทำ จากสิ่งง่าย ๆ น้อย ๆ ก่อน
3. ต้องมีเหตุผลที่เห็นได้ชัดและเข้าใจได้ เช่น “ห้ามเปิดวิทยุเสียงดังหลัง 3 ทุ่ม เพราะพ่อจะนอนและพ่อต้องตื่นแต่เช้าไปทำงาน” จะดีกว่า “ห้ามเปิดวิทยุเสียงดัง (ทั้งวันทั้งคืน) เพราะรำคาญ”


ตัวอย่างรางวัลเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตาม เช่น ได้เงินเพิ่ม ได้กินอาหารที่ชอบ ได้ไปเที่ยว ได้เสื้อผ้าใหม่ ตัวอย่างข้อกำหนดเมื่อผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตาม เช่น ลดเงิน ลดเวลาดูโทรทัศน์ เป็นต้น

### หมายเหตุ

หลังจากทำทุกขั้นตอนแล้วไม่ได้ผล จะต้องหาสาเหตุโดยพิจารณาจากข้อต่อไปนี้

1. ข้อตกลงร่วมกันนั้น เน้นเรื่องของพฤติกรรมหรือไม่
2. ผู้ป่วยสามารถทำได้หรือไม่
3. เหตุผลของการกระทำชัดเจนดีหรือไม่
4. ญาติคาดหวังผู้ป่วยตามความเป็นจริงหรือไม่
5. ผลลัพธ์จากการกระทำ (รางวัล) ของผู้ป่วยพอใจหรือต้องการหรือไม่
6. ผลลัพธ์จากการที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามนั้น ได้ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้หรือไม่

ทุกข้อที่กล่าวมา เป็นวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่ญาติสามารถจัดการได้ แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นเป็นปัญหาเกินกว่าที่ญาติจะจัดการได้ ควรนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อรับความช่วยเหลือที่ถูกต้องต่อไป



ภาคผนวก จ  
หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย (นอกคณะ)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศส 0512.11/อภ 3

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพวช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

5 เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวศุภา เวชการุณา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล" โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ของ นางสาวยอดสร้อย วิเวกวรรณ สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2543) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จารุวรรณ ต. ลกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้อำนวยการ

โทร: 0-2218-1131 โทรสาร: 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ โทร 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสุชาดา เวชการุณา โทร. 087-150-7149



ภาคผนวก ฉ  
ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 0463

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศรพราช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๕ เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสุชาดา เวชการุณา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล" โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ พงศธร ระพีพัฒน์ชัย | นายแพทย์ชำนาญการ  |
| 2. นางณัฐกานต์ ใจบุญ           | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง<br>สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ พงศธร ระพีพัฒน์ชัย และนางณัฐกานต์ ใจบุญ

ผู้อำนวยการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต นางสุชาดา เวชการุณา โทร. 087-150-7149



ที่ ศธ 0512.11/6449

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

5 เมษายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวดา เวชการุณา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล" โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 1. อาจารย์ เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ | อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช |
| 2. อาจารย์ สารีณี ใต้ทอง            | อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	อาจารย์ เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ และอาจารย์ สารีณี ใต้ทอง
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต	นางสาวดา เวชการุณา โทร. 087-150-7149

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสุชาดา เวชการุณา เกิดเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2522 ที่อำเภอพัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรี เมื่อปีการศึกษา 2550 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หน่วยบริการหอผู้ป่วยชาย 2 โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY