

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแล
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



นางมัลลิกา จันทร์เพ็ญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF COPING SKILLS ENHANCEMENT PROGRAM ON CARING ABILITY OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS IN THE COMMUNITY

Mrs. Malliga Junpen



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 2014
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน
โดย	นางมัลลิกา จันทร์เพ็ญ
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีบุญฤกษ์ชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

มัลลิกา จันทร์เพ็ญ : ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF COPING SKILLS ENHANCEMENT PROGRAM ON CARING ABILITY OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS IN THE COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 184 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลองในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด และ 2) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในเขตอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ด้วยอายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 7 ครั้ง ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องความเครียด การประเมินความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การค้นหาแหล่งประโยชน์รวมทั้งให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด และการประเมินซ้ำ และ 2) แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทั้ง 2 ชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95 ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577311836 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: COPING SKILLS ENHANCEMENT PROGRAM / CARING ABILITY / SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS / COMMUNITY

MALLIGA JUNPEN: THE EFFECT OF COPING SKILLS ENHANCEMENT PROGRAM ON CARING ABILITY OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS IN THE COMMUNITY.
 ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIT, Ph.D., 184 pp.

The purpose of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were to compare: 1) caring ability of schizophrenic patients' caregivers in the community before and after received the coping skills enhancement program, and 2) caring ability of schizophrenic patients' caregivers in the community who received the coping skills enhancement program and those who received regular nursing care. The subjects composed of 40 caregivers of schizophrenic's patients residing in Ban-Lat district, Petchaburi province. They were matched- pairs with age and length of caregiving and then randomly assigned to either an experimental or control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the coping skills enhancement program and the control group received regular nursing care. The research instruments used in this research are: 1) the coping skills enhancement program developed by the researcher comprised of 7 group activities: relationship building, appraisal of caregiving related stress, seeking resources and enhancement of knowledge/skills vital for schizophrenia's caregiver, communication skills training, problem-solving coping skills training, emotions-focused coping skills training, and reappraisal, 2) a test of caregivers' ability to care for schizophrenic patients. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The 2nd instrument had Cronbach's alpha coefficient reliability as of 0.95. The findings are as follows:

1) the caring ability of schizophrenic patients' caregivers in the community after received the coping skills enhancement program was significantly higher than that before at p .05 level;

2. the caring ability of schizophrenic patients' caregivers in the experimental group who received the coping skills enhancement program was significantly higher than those in the control group who received the regular nursing care at p. 05 level

Field of Study: Mental Health and
 Psychiatric Nursing

Student's Signature
 Advisor's Signature

Academic Year: 2014

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งกรุณาให้ความรู้ ชี้แนะแนวทาง และให้คำปรึกษาในการทำวิจัย ตลอดจนให้ความเมตตา กรุณา เสียสละเวลาของอาจารย์ เพื่อให้ผู้วิจัยมีความอดทนและมุ่งมั่นที่จะทำการศึกษาย่างเต็มความสามารถ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้รับบริการ ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้จากท่านเป็นที่สุด ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง รวมทั้งคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ให้ข้อคิดและคำแนะนำในการแก้ไขเพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากขึ้น ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือ ให้ข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการศึกษาคั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาในหลักสูตรนี้ และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ของคลินิกโรคซีใจ โรงพยาบาลนภาลัย ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านลาด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำรงค์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกระเจ็ด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่สะท้อน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาในคั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณมารดา และครอบครัว ที่คอยให้กำลังใจ ให้ความรัก ความเข้าใจ คอยดูแลเอาใจใส่ และให้การสนับสนุนแก่ผู้วิจัยด้วยดีจนกระทั่งสำเร็จตามวัตถุประสงค์ในการวิจัย คั้งนี้ ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการศึกษา

สุดท้ายนี้คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี ครูอาจารย์ ผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัว รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยในคั้งนี้ ขอให้ทุกท่านจงมีความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	8
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	17
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	17
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	20
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	21
1. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท.....	22
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	31
3. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	38
4. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด.....	50
5. โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด.....	55
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	64
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	67

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	68
เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้ากลุ่มตัวอย่าง	69
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	69
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	70
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	71
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	71
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	91
การวิเคราะห์ข้อมูล	110
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	112
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	120
สรุปผลการวิจัย.....	126
อภิปรายผลการวิจัย	126
ข้อเสนอแนะ	136
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	137
รายการอ้างอิง.....	138
ภาคผนวก	150
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	151
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา.....	153
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	155
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบบินยอมของ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	175
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรม.....	181

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 184



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะในเรื่องอายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จิตเภทของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง	93
ตารางที่ 2 กำหนดการในการดำเนินการตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำรงค์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนอง กระเจ็ด อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี	95
ตารางที่ 3 คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด	108
ตารางที่ 4 คะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด	109
ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา	113
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลต่อ เดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	114
ตารางที่ 7 คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการแปรผลของกลุ่ม ควบคุมก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง(Post-test)	116
ตารางที่ 8 คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการแปรผลของกลุ่ม ทดลองก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)	117
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทใน ชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20).....	118
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40).....	119

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของอภิชา เข้มซ้อย (2550)	62
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดของผู้วิจัย	63
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย	67



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันความก้าวหน้าของเทคโนโลยี รวมถึงจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีการแข่งขัน และต่อสู้เพื่อการอยู่รอดในการดำรงชีวิต ผสมกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้สุขภาพจิตของคนเสื่อมลง และเกิดการเจ็บป่วยทางจิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดเมื่อเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) โดยมีอัตราการเกิดร้อยละ 1 ของประชากรทั้งหมดทั่วโลก (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) และโรคจิตเภทก็เป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดในประเทศไทยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเกี่ยวกับบรรดาวิทยา ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2543-2552) พบว่า อุบัติการณ์ของโรคจิตเภทมีค่าประมาณ 15.2 ต่อประชากรแสนคนต่อปี และเพศชายมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าเพศหญิง 1.4 เท่า โดยมีความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ประมาณ 4 ต่อ 1,000 คน (วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย, 2552) สอดคล้องกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิตเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยต่อวันที่มารับบริการในหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2553-2555 ซึ่งพบว่าเป็นผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทมากที่สุด คือ จำนวน 4,308 , 4,456 และ 4,305 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2555) โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) ซึ่งแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด แต่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นผู้มีความเปราะบางทางด้านจิตใจ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) จึงไม่สามารถทนทานต่อแรงกดดันทางด้านจิตใจได้ดี จึงมักมีอาการกำเริบได้บ่อยครั้ง ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ และมีความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพตามมา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) โรคจิตเภทจึงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียความสามารถสูงเมื่อเทียบกับโรคทางกายอื่นๆ (Norton et al., 2006)

ปัจจุบันนโยบายการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตของประเทศไทยเน้นที่ให้การรักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้นเฉพาะที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงเท่านั้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด เพื่อให้กลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน (พิเชษฐ อดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) ดังนั้นผู้ดูแลหรือครอบครัวจึงมีความสำคัญในการ

ดูแลผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งมีหน้าที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นในเกือบทุกด้านของชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (ละเอียต ปานนาค และสิรินภา จาติเสถียร, 2555) นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการหลงเหลืออยู่ภายหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงแรกๆ แล้ว ผู้ดูแลยังต้องรับบทบาทหน้าที่ให้การช่วยเหลือดูแลด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่องและยาวนานในช่วงที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านและในชุมชน (Ganguly, Chadda & Singh, 2010; Sharon et al., 2012) ดังนั้น ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับมาอยู่กับครอบครัวในชุมชน และเป็นบทบาทสำคัญที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งต้องมีหน้าที่โดยตรงในการให้การช่วยเหลือและรับภาระเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นในเกือบทุกด้านของผู้ป่วยจิตเภท เช่น การไม่รับประทานยา การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและไม่ไปตรวจตามนัด รวมถึงการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น การจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดการกับอาการทางจิต และการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันหลายอย่างแทนผู้ป่วย (ละเอียต ปานนาค และสิรินภา จาติเสถียร, 2555)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมักมีอาการกำเริบรุนแรงเป็นระยะๆ จนทำให้ต้องกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วง 2-6 เดือน ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูง ถึงร้อยละ 50 (Fowler, 1992) และภายใน 2 ปี ผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายทั้งหมดมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (Frisch & Frisch, 1998) สถานการณ์การกลับเป็นซ้ำถือเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2548) จากการติดตามผู้ป่วย จิตเภท 5 ปี หลังจากการเจ็บป่วยครั้งแรก พบว่า ร้อยละ 22 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการเพียงครั้งเดียวและสามารถรักษาให้หายขาดและกลับสู่ภาวะปกติได้ แต่ร้อยละ 35 มีอาการกำเริบหลายครั้ง โดยมีลักษณะอาการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หลังจากป่วยในแต่ละครั้ง โดยไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ และอีกร้อยละ 8 จะมีความบกพร่องหลังจากป่วยครั้งแรก และมีการกำเริบเป็นระยะๆ โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสกำเริบและป่วยซ้ำได้ถึงร้อยละ 70 (เพชร คันธสายบัว, 2548; กรมสุขภาพจิต, 2552) ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากนโยบายการเร่งจำหน่ายผู้ป่วยสู่ชุมชนดังข้างต้น ทำให้พบว่าผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 ยังคงมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมบางอย่างหลงเหลืออยู่ จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลที่รู้ว่าพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดูแล (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) โดยสาเหตุหนึ่งในการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความ

เกี่ยวข้องกับครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัว เช่น Sharon et al. (2012) ศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใช้ทักษะการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ และขาดความเข้าใจในเรื่องทักษะการเผชิญความเครียด จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการกลับมารักษาซ้ำได้บ่อยครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาปัญหาด้านครอบครัวที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ พบว่า การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิริยาตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วย โดยการแสดงทางอารมณ์ด้วยท่าทีที่ไม่เป็นมิตร การวิพากษ์วิจารณ์หรือตำหนิติเตียนผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับสูง และเกิดการป่วยซ้ำตามมาได้ (Bebbington & Kuiper, 1994; Butzlaff & Hooley, 1998; ชนะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2531; เพชร คันธสายบัว, 2544; King et al., 2003; Kuiper et al., 2006) นอกจากนี้การศึกษาของทูลภา บุพผาสังข์ (2545) พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวก และร่วมทำนายการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ถึงร้อยละ 23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

World Federation of Mental Health (2010) ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาระดับโลก และครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นที่ยอมรับจากทั่วโลกว่าผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และประเมินได้ว่าเป็นแหล่งประโยชน์อีกทางหนึ่งด้วย ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งผู้ดูแลบางรายต้องเสียสละเวลาในการทำงานประจำของตนเพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดอย่างมากหลังจากให้การดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการหลงเหลืออยู่ภายหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงแรกๆ แล้ว ผู้ดูแลยังต้องรับบทบาทหน้าที่ให้การช่วยเหลือดูแลด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่องและยาวนานในช่วงที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านและในชุมชน จนส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดตามมา (Ganguly, Chadda & Singh, 2010; Sharon et al., 2012) โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะเครียดส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องโดยตรงกับการทำบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลต้องทำหน้าที่เพิ่มขึ้นหลายประการแทนผู้ป่วย และใช้เวลามากขึ้นในการดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ (Montgomery et al., 1985; Asen 2002; Salomon and Draine, 1995 cite in Chien, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาหลายเรื่อง เช่น การศึกษาของ Baker (1989) พบว่าการที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จะส่งผลทำให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวเกิดความเครียดในระดับสูง และการศึกษาของ Chatuaka et al. (2013) เกี่ยวกับความเครียดในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคอารมณ์แปรปรวน 2 ขั้วในประเทศศรีลังกา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่ง คือ ประมาณ 48.8 % มีคะแนนความเครียดในระดับสูง อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sharon et al. (2012) เกี่ยวกับภาระและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าผู้ดูแลที่มีการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาไม่นานส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียดได้มากถึง 31.3 % และ

การศึกษาของ Doornbos (2002) เรื่องความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ยาวนานจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด รวมถึงการศึกษาของ Hulya, Cenk, and Suleyman (2014) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในระยะเวลาที่ยาวนาน จะมีความเครียดในระดับสูง

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งภาวะเครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ดังที่กล่าวข้างต้นส่งผลกระทบต่อผลกระทบบ้างตามมามีคือทำให้ผู้ดูแลขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาหลายเรื่องในประเทศไทย เช่น การศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาริกา (2543) ซึ่งพบว่าผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดจากการที่ต้องเผชิญกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยตลอดเวลาแต่ไม่สามารถจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณสมบัติความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ บุปผา ธนิกกุล (2554) ซึ่งพบว่าเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจนเกิดเป็นภาวะเครียดจากการทำบทบาทผู้ดูแลย่อมส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยตามมา คือ ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรภรณ์ ลือไธสงค์ (2541) ซึ่งพบว่า ในระยะแรกๆ ของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลจะเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยได้ แต่เมื่อเวลาผ่านไปหากผู้ป่วยยังมีอาการคงเดิมจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความลำบากใจ เอื้อมระอา รู้สึกเป็นภาระ และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ เช่น Eakes (1995) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วย จิตเภทอย่างยาวนาน จะส่งผลกระทบต่อหลายด้านตามมา คือ นอกจากจะทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ยังส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง เช่น ขาดการเอาใจใส่ หรือ มีการละเลยการดูแลผู้ป่วยได้

Orem (2001) ได้กล่าวไว้ว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ในการทำกิจกรรมอย่างมีเป้าหมายในการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หากถ้าผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลอย่างเพียงพอที่จะทำให้ผู้ที่เป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้รับการตอบสนองความต้องการและจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีที่มีความผาสุก (well-being) ซึ่งการที่บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดีเพียงใดนั้น มีโครงสร้างพื้นฐานกำเนิดมาจากความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) การปรับเปลี่ยน (Transitional) และลงมือปฏิบัติ (Productive) เพื่อที่จะทราบและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังมีส่วนของพลังความสามารถที่เฉพาะ (power component specific) ซึ่งเป็นความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานที่จะทำให้เข้าใจความต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น รวมถึงการให้การดูแลบุคคลอื่นด้วย กล่าวโดยสรุป คือ การที่บุคคลจะดูแลตนเอง

ได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการที่บุคคลจะสามารถดูแลบุคคลอื่นได้ดีเพียงใดนั้นจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของบุคคลนั้นๆ (Orem, 2001)

เนื่องจากพยาธิสภาพของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทถือได้ว่าเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาการดูแลจากบุคคลอื่น (นิศากร แก้วพิลา, 2545) ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงถือเป็นผู้ให้การดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา (Dependent care agent) ตามแนวคิดของ Orem (2001) ซึ่งเสนอว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่ยาวนานจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการดูแล และเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ดังนั้น ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความสำคัญมาก และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เพราะผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย ด้วยการให้การช่วยเหลือดูแลด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่องและยาวนานในช่วงที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านและในชุมชนได้ (Ganguly, Chadda & Singh, 2010; Sharon et al., 2012) ซึ่งหากผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีและมีประสิทธิภาพก็จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบได้บ่อยครั้ง และมีโอกาสเกิดการป่วยซ้ำได้ (ทูลภา บุปผาสังข์, 2545; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548; สุนันทา นวลเจริญ, 2553; Fortinsky et al., 2002; Yusuf, Nuhu, 2011 อ้างถึงใน นัทธมนต์ ฉิมสุข, 2555) ในทางตรงข้ามหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำลดลง ส่งผลให้ลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาลได้ (Sales, 2003) **ทฤษฎี**

จากการทบทวนวรรณกรรมของทูลภา บุปผาสังข์ (2545) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ 1) ระดับการศึกษา เนื่องจากการศึกษาจะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้น และสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้จากการศึกษามาประยุกต์ใช้ในการเผชิญปัญหาต่างๆ รวมทั้งสามารถปรับกิจกรรมในการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยได้ดีกว่า 2) อายุของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ โดย จะมีความสามารถสูงสุดวัยผู้ใหญ่ และความสามารถจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา 3) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล โดยพบว่าหากผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีย่อมตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทได้น้อยลง และ 4) พฤติกรรมของผู้ป่วย โดยพบว่าการแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท สร้างความกดดันแก่ผู้ดูแลและทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความสามารถอย่างมากในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (Dangdomyouth, 2006) ส่วนผลการศึกษาของ แก้วตา มีศรี (2554) พบว่า อายุของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ซึ่งข้อค้นพบจากการศึกษาทั้งสองเรื่องนี้และการศึกษาเรื่องอื่นๆ ดังข้างต้นชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งความเครียดจากการขาดความเป็นอิสระเนื่องจากต้องทำหน้าที่หลายอย่างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเป็นบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมากเกินไป (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539) และความเครียดจากการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย (Fredman, 1998; เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) ซึ่งความเครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวนี้ ล้วนส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (Charalampous et al., 2012; Suro, Giulia, Weisman & Amy, 2013) ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้ ทั้งนี้นอกจากจะเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดการเจ็บป่วยทางจิตตามมาแล้ว ยังจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอาการกำเริบ และป้องกันการป่วยซ้ำได้ (จิราพร รักรการ, 2549; Lim & Ahn, 2003)

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะต้องเผชิญกับความกดดันจากสถานการณ์ภายนอกซึ่งมีมากกว่าความสามารถที่ตนจะสามารถรับมือได้ และเมื่อมีการรับรู้ความเครียดบุคคลจะพยายามจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่อย่างเต็มที่ โดยการแสดงออกทางอารมณ์หรือพฤติกรรม เพื่อตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจนสามารถทำให้ความเครียดนั้นเบาลงได้ ทั้งนี้วิธีการเผชิญความเครียด (Coping) ตามแนวคิดนี้ต้องผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลนั้น (cognitive appraisal) ว่าสามารถพิจารณาตัดสินใจถึงความสำคัญของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร กระบวนการนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของบุคคล โดยหากประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่มีความสำคัญต่อตนเอง (irrelevant) หรือเป็นสถานการณ์ที่มีผลดีต่อตนเอง เช่น ทำให้มีกำลังใจหรือมีความสุขในชีวิต (Benign positive) บุคคลก็มักตัดสินใจว่าไม่ต้องจัดการใดๆ กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่หากประเมินว่าสถานการณ์นั้นอาจก่อให้เกิดอันตราย เกิดความเสียหาย หรืออาจเป็นอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมได้ แสดงว่าบุคคลได้ตีค่าสถานการณ์นั้นว่าเป็นภาวะที่เครียด (stressful) ต่อตนเอง ทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นทันที 2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และจัดการกับสถานการณ์เครียดที่ตนรับรู้ โดยใช้วิธีใดๆ ก็ตามที่ทำให้เกิดความสำเร็จตามที่ตนเองต้องการ หรืออาจเป็นการประเมินต่อเนื่องมาจากขั้นปฐมภูมิก็ได้ว่าจะทำอย่างไรกับสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อบุคคลนั้น 3) การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นวิธีที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่าน

มาแล้วบุคคลจะประเมินซ้ำ เพื่อพิจารณาสถานการณ์ว่ายังมีอันตรายอยู่หรือลดลง ซึ่งถือได้ว่าเป็นการประเมินขั้นปฐมภูมิใหม่อีกครั้งหนึ่ง จึงทำให้มีการตัดสินใจที่ดีขึ้นในการเผชิญความเครียดในครั้งต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลยังใช้วิธีเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาในต่างประเทศของ Sharon et al. (2012) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการที่อารมณ์ เนื่องจากยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของดร.ณิ คชพรหม (2543) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของไทยมีปัญหาการจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเผชิญความเครียด จึงมักใช้วิธีการแก้ไขปัญหาความเครียดโดยใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ ซึ่งอาจช่วยให้ความเครียดลดลงได้เพียงชั่วคราว ในขณะที่ปัญหาการดูแลผู้ป่วยยังคงอยู่ ทำให้เกิดความเครียดขึ้นใหม่ได้ตลอดเวลา ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องพัฒนาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบการศึกษาบางเรื่องที่น่ากรอบแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) มาใช้พัฒนาโปรแกรมเพื่อเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล เช่น อภิชา แซ่มซ้อย (2550) ใช้โปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น เนื่องจากโปรแกรมจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับความเครียด และทักษะในการเผชิญความเครียดเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้พบว่าในต่างประเทศมีการนำแนวคิดของ Lewinson, Hoberman and Hautzinger (1985) มาสร้างโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด เช่น การศึกษาของ Lalana (2007) นำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น โดยในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษาและการใช้เทคนิคของการบำบัดทางความคิด (Cognitive Behavior Therapy) ประกอบด้วย 11 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดและภาวะซึมเศร้า ความคิดทางด้านลบ การหยุดความคิด การเปลี่ยนความคิดให้เป็นทางบวก การผ่อนคลายความเครียด ทักษะการสื่อสาร ทักษะความเชื่อมั่นในตนเอง ทักษะการเผชิญความเครียด (ครั้งที่ 1) และทักษะการเผชิญความเครียด (ครั้งที่ 2) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการจัดการกับความคิด และการจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงสนใจพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขึ้น โดยใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus

& Folkman (1984) ร่วมกับการประยุกต์จากโปรแกรมฯ ที่อภิชา แซ่มซ้อย (2550) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้เพื่อช่วยลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องต่างๆ โดยโปรแกรมฯที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้จะเป็นการดำเนินการในรูปของกระบวนการกลุ่ม (Group process) ซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้เรียนรู้ต้องรู้จักใช้ทักษะทางสังคมและการมีมนุษยสัมพันธ์อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้รับข้อมูลย้อนกลับจากการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน เช่น การใช้กระบวนการคิดแก้ปัญหา การเสริมแรงพฤติกรรมที่ดีจากเพื่อนสมาชิก เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มตั้งใจทำงานจนสำเร็จอันเป็นผลประโยชน์ที่เกิดกับกลุ่ม (ธิดา โมสิกรัตน์ และคณะ, 2548) นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มเกิดจากการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จึงสามารถส่งเสริมให้บุคคลเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นแรงจูงใจซึ่งกันและกัน เข้าใจตนเองและมีสุขภาพกายและจิตที่ดีขึ้น อีกทั้งกระบวนการกลุ่มทำให้บุคคลเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำสิ่งที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Corey and Corey, 2006) โดยกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้และฝึกทักษะในด้านต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะกลับไปอยู่ในชุมชน และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดร่วมกัน โดยมีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นตามมา (Dagmara et al., 2014; Suro, Giulia, Weisman & Amy, 2013)

คำถามการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 ต้องกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังคงมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมบางอย่างหลงเหลืออยู่ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับบทบาทหน้าที่ให้การช่วยเหลือดูแลด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่องและยาวนานในช่วงที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านและในชุมชน จนส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดตามมา (Ganguly, Chadda & Singh, 2010; Sharon et al., 2012) จากการรับหน้าที่ในฐานะผู้ดูแลหลักและหน้าที่อื่นๆ เพิ่มขึ้นหลายประการแทนผู้ป่วย อีกทั้งต้องใช้เวลามากขึ้นในการดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยตลอดเวลา (Montgomery et al., 1985; Asen 2002; Salomon and Draine, 1995 cite in Chien, 2008) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบที่ชัดเจนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากการทำบทบาทหน้าที่นี้ (Eakes, 1995) โดยเฉพาะการเกิดภาวะเครียดซึ่งนับเป็นผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดขึ้นได้บ่อย (Fredman, 1998) สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยของ เอื้ออารีย์ สารีกา (2543) และ บุพผา ธนิกกุล (2554) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจนเกิดเป็นภาวะเครียดจากการดูแล และเมื่อไม่สามารถจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ก็ยิ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลมากขึ้นจนส่งผลให้เกิดการรับรู้ที่ว่าตนเองไม่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยตามมา คือ ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศของ Eakes (1995) ที่พบว่าความเครียดอันเกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลขาดประสิทธิภาพในการดูแล เช่น ไม่เอาใจใส่หรือละเลยในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้น อันจะส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นตามมา (ภัทรารักษ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ, 2548)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดขึ้น เพื่อใช้ลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งให้การดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้นตามมา โดยนำทฤษฎี Stress Appraisal and Coping ของ Lazarus & Folkman (1984) มาใช้เป็นกรอบคิดในการพัฒนา ประกอบด้วยการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของบุคคล โดยหากประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่มีความสำคัญต่อตนเอง (irrelevant) หรือเป็นสถานการณ์ที่มีผลดีต่อตนเอง เช่น ทำให้มีกำลังใจหรือมีความสุขในชีวิต

(Benign positive) บุคคลก็มักตัดสินใจว่าไม่ต้องจัดการใดๆ กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่หากประเมินว่าสถานการณ์นั้นอาจก่อให้เกิดอันตราย เกิดความเสียหาย หรืออาจเป็นอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมได้ บุคคลมักจะตีค่าสถานการณ์นั้นว่าเป็นภาวะที่เครียด (stressful) ต่อตนเอง ทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นทันที 2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่บุคคลเห็นว่าตนเองสามารถกระทำได้ และจัดการกับสถานการณ์เครียดที่ตนรับรู้ โดยใช้วิธีใดๆ ก็ตามที่ทำให้เกิดความสำเร็จตามที่ตนเองต้องการ หรืออาจเป็นการประเมินต่อเนื่องมาจากขั้นปฐมภูมิก็ได้ว่าจะทำอย่างไรกับสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อบุคคลนั้น 3) การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว โดยบุคคลจะประเมินซ้ำเพื่อทบทวนว่าสถานการณ์นั้นยังมีอันตรายอยู่หรือลดลงแล้วเพียงใด จึงอาจถือว่าการประเมินขั้นปฐมภูมิใหม่อีกครั้งหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อให้สามารถตัดสินใจได้ดีขึ้นในการเผชิญความเครียดครั้งต่อไป

โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย การดำเนินการกิจกรรมในรูปแบบกระบวนการกลุ่ม จำนวน 7 กิจกรรม จำแนกเป็นการดำเนินการ 3 ขั้นตอนตามกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (cognitive appraisal) ดำเนินการกลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะในการเผชิญความเครียดร่วมกัน และมีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ใช้เวลาดำเนินการ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1-2 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมิน

สถานการณ์ เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างบรรยากาศให้ผู้ดูแลเกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย กฎระเบียบและระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความไว้วางใจ ลด ความวิตกกังวล และเตรียมความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรม (Peplau, 1952) นอกจากนี้ยังให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) ของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น โดยกล่าวถึงการประเมินทางความคิดทั้ง 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของบุคคล โดยหากประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่มีความสำคัญต่อตนเอง (irrelevant) หรือเป็นสถานการณ์ที่มีผลดีต่อตนเอง เช่น ทำให้มีกำลังใจหรือมีความสุขในชีวิต (Benign positive) บุคคลก็มักตัดสินใจว่าไม่ต้องจัดการใดๆ กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่หากประเมินว่าสถานการณ์นั้นอาจก่อให้เกิดอันตรายหรือเกิดความเสียหาย หรืออาจเป็นอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมได้ แสดงว่าบุคคลได้ตีค่าสถานการณ์นั้นว่าเป็นภาวะที่เครียด (stressful) ต่อตนเอง บุคคลนั้น

ต้องประเมินสถานการณ์และตัดสินใจที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น โดยบุคคลจะพิจารณาตัดสินใจว่าอันตรายหรือความเสียหายนั้นอยู่ในรูปแบบใด เป็นอันตรายหรือความเสียหาย (harm or loss) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างแน่นอนและหลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่งผลให้เกิดความเสียหายกับตนเองในเวลาปัจจุบัน หรือเป็นสิ่งที่คุกคาม (threat) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่อาจเกิดการสูญเสียในอนาคต หรืออาจเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความยุ่งยากตามมาในภายหลัง หรือเป็นความท้าทาย (challenge) เป็นสิ่งที่อาจจะก่อให้เกิดอันตรายหรือความเสียหาย และคาดการณ์ว่าสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้อย่างแน่นอน โดยบุคคลใช้ความพยายามในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น 2) การประเมินขั้นสุดท้าย เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่บุคคลเห็นว่าตนเองสามารถกระทำได้ และจัดการกับสถานการณ์เครียดที่ตนรับรู้ โดยใช้วิธีใดๆ ก็ตามที่ทำให้เกิดความสำเร็จตามที่ตนเองต้องการ หรืออาจเป็นการประเมินต่อเนื่องมาจากขั้นปฐมภูมิก็ได้ว่าจะทำอย่างไรกับสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อบุคคลนั้น และ 3) การประเมินซ้ำ เป็นการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว โดยบุคคลจะประเมินซ้ำเพื่อทบทวนว่าสถานการณ์นั้นยังมีอันตรายอยู่หรือลดลงแล้วเพียงใด (Lazarus & Folkman, 1984) และเมื่อมีการรับรู้ความเครียดบุคคลจะพยายามจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่อย่างเต็มที่ โดยการแสดงออกทางอารมณ์หรือพฤติกรรม เพื่อตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจนสามารถทำให้ความเครียดนั้นเบาลงได้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจในการประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นตามลำดับชัดเจนมากขึ้น ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการประเมินค่าสถานการณ์ที่แตกต่างกันแม้จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเช่นเดียวกัน และผลที่เกิดขึ้นจากการประเมินค่าในแต่ละแบบ เช่น หากผู้ดูแลประเมินค่าสถานการณ์ไปในทางลบว่าการทำหน้าที่ผู้ดูแลเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความเสียหาย ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนมีความเครียดเพิ่มขึ้น ในทางกลับกันหากมีการประเมินค่าสถานการณ์ไปในทางบวกว่าการทำหน้าที่ผู้ดูแลเป็นภาวะที่ท้าทาย ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าตนไม่มีความเครียดหรือมีการรับรู้ความเครียดลดลง ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มที่มีการประเมินค่าสถานการณ์ในทางลบ ได้มีการประเมินสถานการณ์ซ้ำอีกครั้งว่าจริงหรือไม่ และปรับเปลี่ยนการประเมินค่าของตนเองใหม่ให้ไปในทางบวกมากขึ้น ซึ่งแนวคิดของลาซาลัสและโอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้กล่าวไว้ว่า หากบุคคลสามารถประเมินค่าสถานการณ์ว่าเป็นความท้าทาย ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าตนไม่มีความเครียดหรือมีความเครียดลดลงได้

กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท ความเครียดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสิ่งเร้าที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ จนทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเพื่อปรับตัวต่อสิ่งนั้นๆ ซึ่งการปรับตัวจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละ

บุคคลขึ้นอยู่กับระดับของความเครียด หากความเครียดอยู่ในระดับที่เหมาะสมพอดีจะเป็นตัวกระตุ้นที่ดีให้คนเราเกิดความกระตือรือร้น และมีความมานะตั้งใจมากยิ่งขึ้น แต่ถ้าความเครียดอยู่ในระดับที่รุนแรงจะก่อให้เกิดโรคได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (เกษม ต้นติผลลาชีวะ, 2541) ในกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยนำผลคะแนนที่ได้จากการประเมินแบบประเมินระดับความเครียดที่ได้จากขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแจ้งให้ผู้ดูแลทราบทั้งเป็นรายบุคคลและภาพรวมของทั้งกลุ่มว่ามีความเครียดอยู่ในระดับใด ซึ่งนำมาสรุปให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียดที่แสดงออกมาให้เห็นทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทางด้านด้านสังคม และทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลและสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่แตกต่างกันแม้จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเช่นเดียวกัน และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณมีความเครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงว่ามีความเครียดจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องใดบ้าง และให้สมาชิกในกลุ่มช่วยหาแนวทางในการแก้ไข พร้อมสรุปสถานการณ์ที่พบและเป็นปัญหาของผู้ดูแลแล้วสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่อันตราย เสียหาย หรือเป็นความท้าทาย และส่งผลอย่างไรต่อผู้ดูแล หากผู้ดูแลเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ โดยแสดงออกมาในรูปของการเกิดภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วย (Fredman, 1998) โดยส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยตามมา คือ ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศของ Eakes (1995) ที่พบว่าความเครียดอันเกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลขาดประสิทธิภาพในการดูแล เช่น ไม่เอาใจใส่หรือละเลยในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้น อันจะส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นตามมา (ภัทรารณณ์ ทุ่งป็นคำ และคณะ, 2548) พร้อมทั้งแจกคู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้กับสมาชิกทุกคนในกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Urizar et al., 2009) ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และสรุปคะแนนรวมทั้งกลุ่มว่ามีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับใด เพื่อประเมินระดับความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ของผู้ดูแล จากนั้นผู้วิจัย

ให้ความรู้ในเรื่องความหมาย ประเภท ความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่อยู่ในชุมชนของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มค้นหาแหล่งประโยชน์ที่ตนเองนึกถึงในชุมชน และสามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในด้านต่างๆ เช่น ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร เป็นต้น เนื่องจากแหล่งประโยชน์ (coping resources) เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) และผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ความหมาย สาเหตุ อาการแสดง การรักษา และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับ ยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น พร้อมให้ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโดยการจับคู่บัตรคำระหว่างอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา เมื่อมีสมาชิกในกลุ่มคนใดจับคู่บัตรคำไม่ถูกต้อง เพื่อนสมาชิกมีการช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำในการจับคู่บัตรคำใหม่ โดยผู้วิจัยสรุปถึงอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นหลังจากการให้ยารักษาอาการทางจิต และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท การรักษา เป็นสิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลปรับตัวเข้ากับบทบาทในการดูแลผู้ป่วย และเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (Dagmara et al., 2014) รวมทั้งทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการรักษา และมีความพร้อมในด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ส่งผลให้ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (ภัทรภรณ์ ทุ่งปันคำ และคณะ, 2548)

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีการศึกษาปัญหาด้านครอบครัวที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ พบว่า หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิกริยาตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วย โดยการแสดงทางอารมณ์ด้วยท่าทีที่ไม่เป็นมิตร การวิพากษ์วิจารณ์หรือตำหนิตะเยียนผู้ป่วยจิตเภท จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับสูง และเกิดการป่วยซ้ำตามมาได้ (Bebbington & Kuiper, 1994; Butzlaff & Hooley, 1998; ชนะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2531; เพชรี คันธสายบัว, 2544; King et al., 2003; Kuiper et al., 2006) ดังนั้น ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนาให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติ ด้วยการขออาสาสมัครจำนวน 2 คน แสดงบทบาทสมมติในเรื่องการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลจากสถานการณ์ตัวอย่างที่กำหนดให้ 1 และ 2 ต่อจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นว่าเป็นการสื่อสารที่ดีหรือไม่ เพราะอะไร แต่ละสถานการณ์มีความแตกต่างกันอย่างไร ผลลัพธ์ที่ได้จากการสื่อสารตามการแสดงบทบาทสมมติเป็นอย่างไร ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น และให้ความรู้เรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รูปแบบของการสื่อสาร ประโยชน์ของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการสื่อสาร

ด้านบวกและด้านลบ เทคนิคของการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา เป็นต้น และการสื่อสารทางด้านลบจะส่งผลเสียทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในหลายด้าน ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการสื่อสารที่ใช้ปฏิบัติเมื่ออยู่กับผู้ป่วยที่บ้าน เมื่อเจอกับสถานการณ์เดียวกันแต่ใช้การสื่อสารกับผู้ป่วยแตกต่างกัน ผลลัพธ์ที่ได้จึงมีความแตกต่างกัน พร้อมสรุปเทคนิคการสื่อสารที่ควรใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้เห็นวิธีการสื่อสารทางด้านบวก ประโยชน์และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทจากการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และผลเสียของการสื่อสารทางด้านลบที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและอาการทางจิตกำเริบได้ เนื่องจาก Lazarus & Folkman (1984) เสนอแนะว่าความสามารถในด้านการสื่อสารช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดีขึ้น ดังนั้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นทักษะที่สามารถช่วยลดความเครียดระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทลงได้ จากนั้นผู้วิจัยมอบหมายใบงานให้สมาชิกในกลุ่มทำการบ้านเพื่อฝึกทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทในสถานการณ์จริงจริงขณะอยู่ที่บ้านและบันทึกผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลได้นำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงของแต่ละครอบครัว พร้อมให้นำผลการฝึกทักษะนี้มาพูดคุยในการร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เนื่องจากผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทของไทยมีปัญหาการจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นผลมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเผชิญความเครียด จึงมักใช้วิธีการแก้ไขปัญหาคความเครียดโดยใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ ซึ่งอาจช่วยให้ความเครียดลดลงได้เพียงชั่วคราว ในขณะที่ปัญหาการดูแลผู้ป่วยยังคงอยู่ส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง (ดรุณี คชพรหม, 2543) เป็นเหตุให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างไม่มีประสิทธิภาพจนเกิดอาการกำเริบและมีการกลับไปรักษาซ้ำได้บ่อยครั้ง (Sharon et al., 2012) ดังนั้น ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลแต่ละคนประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียดของตนเองโดยใช้แบบประเมินที่แจกให้ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทบทวนตนเองว่าที่ผ่านมาได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดเป็นส่วนใหญ่ เพราะหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง (Lazarus & Folkman, 1984) จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ผลดี ผลเสียที่เกิดจากการเผชิญความเครียดทั้งสองแบบ และใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาร่วมกัน โดยพัฒนาให้เกิดทักษะในกระบวนการแก้ไขปัญหาย่างเป็นขั้นตอน ประกอบด้วยการทำความเข้าใจปัญหาโดยการคิดวิเคราะห์สถานการณ์ตามการรับรู้เพื่อหาปัญหาที่เกิดขึ้น การวางแผนในการแก้ปัญหาโดยหาวิธีแก้ปัญหาวางไว้หลายๆ วิธี การดำเนินการตามแผนที่วางไว้ และการ

ตรวจสอบผลลัพธ์จากสถานการณ์ตัวอย่างในกิจกรรมที่ผ่านมา ทั้งนี้ในระหว่างการฝึกให้เกิดทักษะการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมเพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างรอบด้าน จนสามารถ เลือกรหาวิธีหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการฝึกทักษะดังกล่าวนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมและมีการเตรียมการสำหรับเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ โดยมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า ดังนั้น การฝึกทักษะในกิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างรอบคอบและเลือกวิธีที่เหมาะสมในการเผชิญกับปัญหาหรือเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดได้อย่างเหมาะสม อันจะส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมา (บุปผา ธนิกกุล, 2554)

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด

เนื่องจากปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลนั้นเกิดความเครียดมาก และความเครียดดังกล่าวอาจมีอาการแสดงออกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ อารมณ์หงุดหงิด โกรธ เสียใจ ไม่มีสมาธิ ฯลฯ ดังนั้น ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งให้ความรู้และฝึกทักษะให้ผู้ดูแลสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจ ซึ่งพบว่าทั้งสองวิธีนี้เป็นวิธีการระบายออกทางอารมณ์ในทางที่เหมาะสม หรือสามารถระงับและควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น เนื่องจากช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดการผ่อนคลายทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ อีกทั้งการใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ดูแลได้ฝึกพร้อมกับสมาชิกคนอื่นๆ จะช่วยกระตุ้นให้เกิดความสนใจในการฝึกมากขึ้น อีกทั้งทำให้สมาชิกมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังจากการฝึกปฏิบัติว่าส่งผลต่อตนเองอย่างไร และได้รับประโยชน์อะไรบ้างจากการฝึกการผ่อนคลายความเครียดทั้งสองแบบ ดังนั้นการฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะส่งผลให้ผู้ดูแลอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลายและสงบ รวมทั้งมีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ จึงสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีความเครียดลดลง และเกิดสมาธิในการทำหน้าที่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Gispens-de Wied, 2000 อ้างถึงใน บุษกุล ศุภอักษร, 2553)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 7 การประเมินซ้ำ เป็นการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว โดยบุคคลจะประเมินซ้ำเพื่อทบทวนว่าสถานการณ์นั้นยังมีอันตรายอยู่หรือลดลงแล้วเพียงใด และหากยังคงอยู่ คือมีการรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะพยายามจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่อย่างเต็มที่โดยหาวิธีที่เหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) โดยในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้สมาชิกทบทวนความรู้และทักษะต่างๆ ที่ได้รับการพัฒนาในกิจกรรมที่ 3-6 โดยให้จับฉลากเป็นเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่มๆ ละ 2-3 คน และให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันรวบรวม

ข้อมูลที่ได้รับในแต่ละกิจกรรม พร้อมสรุปรายละเอียดที่ได้จากกลุ่มย่อยโดยส่งตัวแทนกล่าวให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มฟัง และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มช่วยเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหายไป ต่อจากนั้นใช้สถานการณ์ตัวอย่างจากกิจกรรมที่ 2 มาเป็นหัวข้อหลักในการทำกลุ่ม โดยการให้สมาชิกร่วมประเมินซ้ำว่าสถานการณ์นั้นยังมีอันตรายอยู่หรือลดลงแล้วเพียงใด หากยังคงอยู่ ก็ยังเป็นสถานการณ์ที่สมาชิกรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดความเครียด ให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่าจะใช้วิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร ควรจะใช้วิธีการเดิม หรือวิธีการที่แตกต่างไป มีข้อมูลใหม่ๆ ประกอบหรือสนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการแก้ไขสถานการณ์นั้นๆ หรือไม่ พร้อมร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้นจากการกระทำในแต่ละวิธีนั้นๆ ดังนั้น การประเมินซ้ำจึงเป็นโอกาสให้ผู้ดูแลได้ทบทวนและประเมินถึงความสำเร็จในการเผชิญกับความเครียดที่ผ่านมาของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการเผชิญกับความเครียดรวมถึงตั้งทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่เข้ามาใช้สนับสนุนให้สามารถเผชิญกับความเครียดที่ยังคงอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดจากการทำบทบาทผู้ดูแลลดลง และส่งผลให้มีความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลได้ดีขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984; บุญผา ธนิกกุล, 2554)

ซึ่งจะเห็นได้ว่ากิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดดังกล่าวข้างต้น จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล ลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และมีทักษะในการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยาทางจิต ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ รวมทั้งหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลปรับตัวเข้ากับบทบาทในการดูแลผู้ป่วย และเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ รวมทั้งการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างถูกต้องจะช่วยลดการอาการกำเริบซ้ำและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้การศึกษาแบบสองกลุ่ม วัตก่อนและหลังจากการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด (The Pretest – Posttest Control Group Design)

ประชากรวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงในชุมชน ในเขตอำเภอบ้านลาด ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน

2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยตรงขณะอยู่ที่บ้าน ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร เป็นต้น หรือมีความผูกพันทางกฎหมาย เช่น สามี ภรรยา โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดจากการดูแล และได้รับการประเมินระดับความเครียดจากแบบวัดความเครียดสวนปรุง ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ (2540) พบว่า มีคะแนน 24 คะแนน ขึ้นไป

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การกระทำกิจกรรม การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย หรือ การให้ความสนใจและดูแลเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงการดูแลเรื่องความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบข้างที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติในชุมชน โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อีกทั้งมีการเตรียมความพร้อมในหลายด้าน ได้แก่ ด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านความรู้และทักษะในการดูแล และด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Ever et

al. (1985) แปลโดย Hanucharumkul (1986) และ แก้วตา มีศรี (2554) ได้นำมาปรับให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด หมายถึง กิจกรรมตามกระบวนการและขั้นตอนที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท และเกิดทักษะต่างๆ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด และการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อลดความเครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้นตามมา โดยโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสำหรับใช้ในการวิจัยครั้งนี้ สร้างขึ้นตามแนวคิดความเครียดและกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (cognitive appraisal) ของ Lazarus & Folkman (1984) ร่วมกับแนวทางการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุในชุมชน จากการศึกษาของ อภิชา แซ่มซ้อย (2550) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกระบวนการกลุ่มๆ ละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม จำแนกเป็น 3 ขั้นตอน รวม 7 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1-2 กิจกรรม ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal)

ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์

หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 60 นาที ในการสร้างบรรยากาศให้สมาชิกในกลุ่มเกิดสัมพันธภาพที่ดีมีความคุ้นเคยกับผู้วิจัยและระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่ม เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ระเบียบระยะเวลา และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งให้ความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน คือ การประเมินขั้นปฐมภูมิ การประเมินขั้นทุติยภูมิ และการประเมินซ้ำ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจในการประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นตามลำดับชัดเจนมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การประเมินความเครียดจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 60 นาที ในการสรุปผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียดที่แสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจนทั้งทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ทางด้านด้านสังคม และทางด้านเศรษฐกิจจากการทำหน้าที่ผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสมาชิกในกลุ่ม และสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 2 ใช้ระยะเวลา 60-90 นาที ในการให้ความสำคัญกับการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่มีอยู่ และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่อยู่ในชุมชนของตนเอง พร้อมทั้งให้ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคจิตเภท ความหมายสาเหตุ อาการแสดง การรักษา และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา โดยฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโดยการจับคู่บัตรคำระหว่างอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการจัดการกับอาการเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 2 ใช้ระยะเวลา 60 นาที ในการฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และให้ความรู้ทั่วไปเรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รูปแบบของการสื่อสาร ประโยชน์ของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการสื่อสารด้านบวกและด้านลบ เทคนิคของการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ และให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่ใช้ปฏิบัติเมื่ออยู่กับผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมสรุปเทคนิคการสื่อสารที่ควรใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำไปประยุกต์ใช้ขณะอยู่ที่บ้านได้

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 3 ใช้ระยะเวลา 60 นาที ในการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาจากสถานการณ์ตัวอย่าง และสถานการณ์ตัวอย่างจากกิจกรรมที่ 2 พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องความหมายของความเครียด รูปแบบการเผชิญความเครียด ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และมุ่งจัดการกับอารมณ์ และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเผชิญความเครียดกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านร่วมกัน และมอบหมายให้ทำการบ้านเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน วิธีการจัดการ และผลลัพธ์จากการกระทำนั้น เพื่อฝึกทักษะการเผชิญความเครียดกับสถานการณ์จริง

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 3 ใช้ระยะเวลา 60-90 นาที ในการฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยการฝึกหายใจและผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อคลายความเครียด พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ และชี้แจงประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกวิธีคลายเครียด เพื่อช่วยให้ร่างกายและจิตใจ

ผ่อนคลายและมีสมาธิมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 7 หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 7 ในสัปดาห์ที่ 4 ใช้ระยะเวลา 60 นาที ในการทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับการฝึกในกิจกรรมที่ 3-6 และให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันประเมินซ้ำว่าสถานการณ์จากกิจกรรมที่ 2 สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นด้วยวิธีการอย่างไร เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้ทบทวนความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โดยการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม และนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จัดให้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัวอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย การไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และการให้คำแนะนำเรื่องปัญหาต่างๆที่พบจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สำหรับพยาบาลวิชาชีพในชุมชน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาถึงผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความเครียดจากการดูแล และความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร บทความ ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาสาระสำคัญซึ่งใช้เป็นแนวทางในการศึกษาและเป็นประโยชน์ต่อการค้นคว้าวิจัย โดยมีเนื้อหาตามลำดับหัวข้อดังนี้

1. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 ปัจจัยเหตุของโรคจิตเภท
 - 1.3 เกณฑ์การจำแนกโรค
 - 1.4 การรักษา
 - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.1 ความหมายของผู้ดูแล
 - 2.2 สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.4 ปัญหาและผลกระทบที่เกิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.4 การประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.5 การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด
 - 4.1 ความหมายของความเครียดและการเผชิญความเครียด
 - 4.2 แนวคิดในการเผชิญความเครียด
 - 4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด
 - 4.4 วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

5. โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
 - 5.1 แนวคิด
 - 5.2 ขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรมเสริมทักษะการเผชิญความเครียด
 - 5.3 แนวคิดกระบวนการกลุ่ม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2548) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดและพฤติกรรมเป็นอาการเด่น มักพบผู้ป่วยมีอาการหลงผิด หวาดระแวง ซึ่งอาจเกิดร่วมกับอาการประสาทหลอนหรือไม่ก็ได้

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนใด

World Health Organization (1992) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ การรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาว์ปัญญายังดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดและพฤติกรรมเป็นอาการเด่น ส่งผลให้การรับรู้ อารมณ์ และบุคลิกภาพที่แสดงออกมาไม่เหมาะสม โดยที่สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาว์ปัญญายังดีอยู่ และไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนใด

1.2 ปัจจัยเหตุของโรคจิตเภท

สาเหตุที่แท้จริงของโรคจิตเภทยังไม่มีผู้ใดให้คำตอบที่แน่นอนได้ แต่สามารถอธิบายได้โดยอาศัยแนวคิดของทฤษฎีของสาขาวิชาที่ทำการศึกษ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ปัจจัย คือ

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ แบ่งได้เป็น

1.2.1.1 พันธุกรรม พบว่าโรคจิตเภทมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม การสำรวจประชากรทั่วไปพบได้ประมาณ 1 เปอร์เซ็นต์ ของประชากรทั้งหมด แต่ในกลุ่มผู้ที่มีญาติป่วยด้วยโรคจิตเภท จะพบว่าเมื่ออัตราการเกิดโรคสูงถึง 10-16 เปอร์เซ็นต์ และในการศึกษาฝาแฝดที่เกิด

จากไขใบเดียวกันมีอัตราการเกิดโรคอยู่ระหว่าง 35-58 เปอร์เซ็นต์ (Wilson and Kneisl, 1996 อ้างถึงในสวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

1.2.1.2 ชิวเคมี เชื่อว่า Dopamine กระตุ้นการทำงานของเซลล์ประสาท แนวคิดนี้ได้รับการสนับสนุนจากการวิจัยที่มีการให้ยาที่ลดระดับdopamineแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผลจากการให้ยาทำให้อาการหลายๆอย่างดีขึ้น

1.2.1.3 กายภาพทางสมอง การตรวจภาพของสมองพบว่า มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง ลักษณะความผิดปกติของสมองจะพบได้เมื่อเริ่มเกิดอาการ และสัมพันธ์กับอาการแสดงออกด้านความพร่องทางด้านแรงดลใจ สังคม และการแก้ปัญหาในชีวิต

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม แบ่งได้เป็น

1.2.2.1 ปัจจัยด้านกระบวนการภายในจิตใจ (Intrapsychic) ได้แก่ ความอยาก ความต้องการที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติ และข้อห้ามที่เกิดจากพลังควบคุมทางด้านจิตใจที่บุคคลมี ถ้าพลังงานความอยากความต้องการมีมากกว่าพลังควบคุม ทำให้เกิดความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง หรือถ้าพลังควบคุมมากกว่าความอยากความต้องการจนไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างเพียงพอ ก็ทำให้เกิดความคับข้องใจและไร้ความสุข

1.2.2.2 ปัจจัยด้านกระบวนการระหว่างบุคคล (interpersonal)

- ลักษณะการเลี้ยงดูในวัยเด็ก โดยเฉพาะในระยะสามขวบปีแรก ถ้าเด็กได้รับความอบอุ่นอย่างเพียงพอ เด็กจะเรียนรู้ที่จะรักตนเองและผู้อื่น มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง และผู้อื่น มีความผูกพันกับบุคคลในแวดล้อม

- สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ค่านิยม ทัศนคติ และแบบแผนการสื่อความหมายนั้นเป็นสิ่งที่ถ่ายทอดจากบุคคลในแวดล้อม โดยเฉพาะพ่อ แม่หรือผู้เลี้ยงดู โดยเด็กเรียนรู้และรับเอาทัศนคติ ค่านิยม แบบแผนการสื่อความหมายผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ในชีวิตประจำวัน

- สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมแวดล้อม ซึ่งบางครั้งเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมการพึ่งพาผู้อื่น เกือบด แสเสร้าง การโกหกปฏิเสธความเป็นจริง โดยเฉพาะความรู้สึกในด้านลบทำให้การสื่อความรู้สึกไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้เกิดการสื่อสารด้านการพูดและด้านพฤติกรรมไม่สอดคล้องกัน

1.2.3 ปัจจัยเหตุทางครอบครัว แบ่งได้เป็น

1.2.3.1 การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว เชื่อกันว่าการสื่อสารในครอบครัวบางลักษณะเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท ได้แก่ การสื่อสารที่ไม่ตรงไปตรงมา (indirect) ไม่กระจ่างแจ้ง(unclear) และไม่สอดคล้องกันในด้านคำพูดและพฤติกรรม (incongruent)

1.2.3.2 ครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ โดยใช้การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนแล้ว
บรรยากาศด้านความสัมพันธ์และอารมณ์ของครอบครัวก็มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการทางจิตเภทได้

1.3 เกณฑ์การจำแนกโรค

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับภาษาไทย (DSM-IV) ใช้ลักษณะอาการของโรค
ดังนี้ (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2542)

1.3.1 ลักษณะอาการจำเพาะ มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไป โดยมีอาการอยู่
นานในช่วงเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน
disorganized speech มีพฤติกรรมแบบ disorganized หรือ catatonic อย่างเห็นได้ชัด อาการ
ทางด้านลบ (negative symptoms)

1.3.2 มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยกิจกรรมด้านสำคัญของ
ผู้ป่วยบกพร่องลงจากระดับเดิมก่อนป่วยอย่างชัดเจน

1.3.3 ระยะเวลา มีอาการต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน

1.3.4 ต้องแยกโรคจิตเภทออกจากภาวะผิดปกติทางอารมณ์(Mood Disorder)

1.3.5 ไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารเคมีหรือโรคทางกาย

1.3.6 มีความเกี่ยวเนื่องกับความผิดปกติด้านพัฒนาการวัยเด็ก หากมีประวัติ
ออติสติก (Autistic Disorder) หรือ Pervasive Developmental Disorder อื่นๆจะวินิจฉัยว่าเป็น
โรคจิตเภทต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 1 เดือน

1.4 การรักษา

1.4.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลใน
กรณีต่อไปนี้

- มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อน
รำคาญแก่ผู้อื่น

- มีปัญหาอื่นๆที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
- เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
- มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง
ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆที่มีปัญหามากเหนือไปจากเรื่องยา
ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3 – 6 สัปดาห์

1.4.2 การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุม

อาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆนั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษาที่นี้อาจแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง

- ระยะควบคุมอาการ เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุม

อาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นเป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้น ต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

-ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยายังเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปจะค่อยๆลดยาลงจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน หลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอด

1.4.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย

1.4.4 การรักษาด้านจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้านมิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น

1) จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคองผู้รักษา พึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการ เป็นต้น

2) การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counseling or psychoeducation) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้การหาครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค ทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้ได้อย่างยิ่ง

3) กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริม

ให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ การจัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆเท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจำเป็นที่ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีลักษณะตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ การแปลความความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ การสื่อความหมาย และด้านสังคม โดยทั่วไปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย

1. หลักการพยาบาลทั่วไป

1.1 การพยาบาลทางด้านร่างกาย โดยเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยจะไม่ดี พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านสุขอนามัย ในบางรายมีอาการระแวงอาจไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ อาจเกิดภาวะขาดสารอาหารขึ้นได้ หรือพบว่าผู้ป่วยที่นั่งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ อาจจะมีปัญหาด้านกล้ามเนื้อหดตัว และขาดเส้นเลือดไปเลี้ยง พยาบาลจึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดียว ควรจัดกิจกรรมให้มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ

1.2 การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่พยาบาลควรทำคือ การหาความหมายของความคิด โดยพยาบาลควรสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นจะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น และสิ่งสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือ การให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) ดังนี้

1.2.1 การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน พยาบาลควรฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

1.2.2 การส่งเสริมให้ความจริงแก่ผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความคิดหลงผิดหรือประสาทหลอน ต้องให้การพยาบาลดังนี้คือ 1) การให้ความเป็นจริงและการส่งเสริมให้อยู่กับความเป็นจริง เช่น ผู้ป่วยได้ยินเสียงคนด่าว่า พยาบาลบอกว่าพยาบาลไม่ได้ยินเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน เป็นต้น 2) พยาบาลสอนวิธีการที่จะให้ผู้ป่วยเอาชนะเสียงที่ได้ยินนั้น เช่น ให้ผู้ป่วยตะโกนด้วยเสียงดังเพื่อกลบเสียงที่ได้ยิน ให้ไล่ที่มาของเสียง หรือให้ร้องเพลงกลบเสียงที่ได้ยินนั้น เป็นต้น

1.2.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ผู้ป่วยอาจมีอาการราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่นิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์ตอบสนองต่อเหตุการณ์ ไม่สบตา อาจทำให้พยาบาลหงุดหงิด ไม่พอใจ พยาบาลต้องเข้าใจและอดทนต่ออารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้

1.2.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถทางสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางสังคมบนพื้นฐานทางสังคมที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างรังเกียจผู้ป่วย (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

2. การใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

2.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย เน้นการค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุ โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

2.1.1 การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร การพักผ่อน นอนหลับเพียงพอเพียงใด โดยสังเกตจากสีหน้า แววตา พยาบาลใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์

2.1.2 การประเมินด้านการคิด ประเมินผู้ป่วยว่ามีภาวะหลงผิด หรือไม่ระมัดระวัง มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนและระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด

2.1.3 การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นหรือไม่และเกิดขึ้นตอนใด มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อการกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2.1.4 พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีการแสดงออกอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ ไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน

2.1.5 ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจก่อนอย่าเร่งรีบเพื่อหาข้อมูลจากผู้ป่วย อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดครั้งต่อไป

2.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล ควรพิจารณาทั้งด้านสภาพทางร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ การวินิจฉัยพยาบาลจะแม่นยำขึ้นขึ้นอยู่กับประเมินสภาพและอาการทั่วไปในขั้นต้น โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับ

อาการของผู้ป่วยจิตเภท และสัมพันธ์กับอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2554)

2.3 การวางแผนการพยาบาล เน้นหลักการดังนี้

2.3.1 การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆ ดังนี้ 1) การดูแลความปลอดภัย โดยเฉพาะเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน 2) การดูแลสภาพร่างกายให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อนนอนหลับ และสุขอนามัยที่ดี 3) การดูแลบำบัดทางชีวภาพ โดยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา 4) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า (ECT) 5) การพัฒนาทักษะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม และสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะของการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

2.3.2 การวางแผนระยะยาว เน้นการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยแผนที่ต้องดำเนินการดังนี้ 1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพและการบำบัดอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล 2) การกำหนดแผนการดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมอย่างเหมาะสม 3) การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

2.4 การปฏิบัติการพยาบาล ให้พิจารณาปรับตามความเหมาะสม โดยใช้เทคนิคการพยาบาลดังนี้

2.4.1 เสริมสร้างสัมพันธ์ภาพและความไว้วางใจ
2.4.2 ลดความวิตกกังวล ด้วยการยอมรับ เสนอแนะ และส่งเสริม
การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

2.4.3 รักษาสมดุลด้านชีววิทยา

2.4.4 ใช้ความชัดเจนในการสื่อสาร

2.4.5 ใช้หลักสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด

2.4.6 จัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม

2.4.7 ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้ที่อยู่ข้างเคียง

ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

2.5 การประเมินผล พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงอยู่ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นๆ (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2554)

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีสุขภาพที่ดี ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดความสัมพันธันดีในการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นเน้นที่การรักษาด้วยยาเป็นหลัก แต่จากการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วยังต้องคำนึงถึงการดูแลทางจิตสังคมร่วมด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเร็วกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ซึ่งผู้ดูแลและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะผู้ดูแลในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่จะเชื่อมโยงการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การให้การดูแลโดยให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือครอบครัว รูปแบบการดูแลต้องครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นการดูแลครบทั้ง 4 มิติ ซึ่งยาใจสิทธิมงคล (2542) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

1. รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว (Psychoeducation) เชื่อว่าสภาพครอบครัวทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต เน้นการรักษาในโรงพยาบาล การบำบัดรายบุคคลและการบำบัดรายครอบครัว บทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วย จึงประกอบไปด้วยการสอนผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการทางจิต การรักษา และการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ สอนครอบครัวและผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหาและกระบวนการตัดสินใจ โดยคำแนะนำที่ให้จะเป็นคำแนะนำที่ครอบคลุมความต้องการการดูแลของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วยคำแนะนำด้านต่างๆ ดังนี้

1.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆมีหลักสำคัญคือ ผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้หรือทำไม่ได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจในกิจกรรมต่อไปนี้เป็น (ดรุณี คชพรหม, 2543)

1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม และการรักษาความสะอาดของเล็บ

2) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตรงเวลาและให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ง่าย รับประทานผัก ผลไม้ เพื่อช่วยในการขับถ่าย

3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน

4) การให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยในการทำงานเล็กน้อยๆภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้จะไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนเลี้ยงตัว แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเป็นการเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้อยู่ที่ทำงานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า แยกตัว ถ้าได้ทำงานก็จะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่งานได้

5) การดูแลผู้ป่วยด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ดูแลต้องคอยแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตนให้เหมาะสม

6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นรบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันหลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกตอาการ หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

7) การออกกำลังกาย ต้องกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยอาจเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายดีขึ้น

8) การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทขาดทักษะทางสังคม เช่น การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง

9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น

10) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา

11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

1.2 การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ การดูแลด้านจิตใจที่ผู้ดูแลต้องกระทำคือ พยายามส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงมากที่สุด การปลอบโยนให้กำลังใจ ไม่ตำหนิติเตียน ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

1.3 การประสานงานกับองค์กรของรัฐ เพื่อขอความช่วยเหลือ

1.4 การให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้ป่วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาระของครอบครัว (Family Burden Approach) เป็นแนวคิดที่ได้รับ ความสนใจมากในปัจจุบัน และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ครอบครัวมีภาระการดูแลมากและก่อให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกันคือ ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ และด้านร่างกาย

3. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาธรรมชาติที่แท้จริงของครอบครัวในฐานะผู้ดูแล บทบาทของพยาบาลคือ การให้ความรู้และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหากับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวหรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยตรง ขณะอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน อาจมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือมีความผูกพันทางกฎหมาย โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ จากการดูแลซึ่ง (Horowitz, 1985 cited Horowitz & Reinhard, 1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะโดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแลดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ความหมายของผู้ดูแลมีผู้ให้ความหมายไว้หลายอย่าง เช่น

Davis (1992) ได้ให้ความหมายว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายว่า ผู้ดูแลหมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความสัมพันธ์เป็นญาติหรือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตกับผู้ป่วยที่ให้การช่วยเหลือหรือการดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำกิจวัตรประจำวันหรือต้องการการดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยการดูแลช่วยเหลือนั้นไม่คิดหวังค่าตอบแทนใดๆ โดย

การให้การดูแลช่วยเหลือนั้นอาจเกิดขึ้นที่บ้าน ชุมชน หรือที่อยู่อาศัยที่มีใช้สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงสรุปได้ว่าผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอให้การดูแลผู้ป่วยที่มีสุขภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และไม่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ อาจเป็นญาติโดยตรง เช่น บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง หรืออาจเป็นบุคคลที่สำคัญในชีวิต เช่น สามี ภรรยา เพื่อนบ้าน โดยการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นไม่หวังผลตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลใดๆ บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยครอบครัวเป็นกระบวนการที่สำคัญและควรให้ความสนใจ เพราะโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะรุนแรงเรื้อรัง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2552) ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ทั้งบทบาทสมาชิกในครอบครัวและบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมีความเมตตาและอดทนต่อผู้ป่วย(สุวิมล สมัตตะ, 2541) จากการศึกษาของชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) ได้แบ่งบทบาทของผู้ดูแลออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วย โดยยึดแนวทางการรักษา เช่นการให้รับประทานยา การให้รับประทานยา เป็นต้น ซึ่งเป็นการดูแลทางด้านร่างกายเท่านั้น มักจะละเลยการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคม

2.บทบาทของผู้จัดการดูแล (care manager role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ในการประสานงานให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยผู้ดูแลทำหน้าที่ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือบริการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลมีหน้าที่ความรับผิดชอบและบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีความอดทนอดกลั้น หลีกเลี่ยงการขัดแย้งกับผู้ป่วย ควรมีทักษะในด้านต่างๆ เช่น การสังเกตอาการ การเข้าหาผู้ป่วย การดูแลที่ถูกต้อง เป็นต้น รวมทั้งการมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและสามารถประเมินสถานการณ์ นำไปสู่การตัดสินใจอย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

บทบาทที่สำคัญสำหรับผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย คือ

1. ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลตนเอง
2. คอยสังเกตอาการกำเริบของโรคได้อย่างรวดเร็ว
3. ช่วยลดความเครียดกับตัวผู้ป่วย โดยการหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้ป่วย
4. ช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล โดยการหาเวลาว่างหรือเวลาพักผ่อน ด้วยการให้ญาติหรือผู้ดูแลคนอื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วยบ้างบางครั้ง

5. ค้นหาและสนับสนุนในส่วนดีของผู้ป่วย

6. ดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง

จากบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของผู้ดูแลจะเห็นได้ว่า มีความสำคัญและเป็นภาระของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากอาการที่ไม่แน่นอนและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่พบบ่อยและสร้างความกดดันแก่ผู้ดูแล ได้แก่ ก้าวร้าว หลงผิด ประสาทหลอน และไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง (Dangdomyouth, 2006) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมักได้รับผลกระทบอย่างชัดเจนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากการทำหน้าที่ผู้ดูแล โดยแสดงออกมาในรูปของการเกิดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วย (Fredman, 1998)

2.2 สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากนโยบายการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตของประเทศไทยเน้นที่ให้การรักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้นเฉพาะที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงเท่านั้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด เพื่อให้กลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) โดยพบว่าผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ยังคงมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมบางอย่างหลงเหลืออยู่ จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและผู้ดูแลรับรู้ว่าพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดูแล (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ซึ่งปัญหาที่พบประกอบด้วย

1. ปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ เอะอะอาละวาด แสดงอารมณ์โกรธหรือเกลียดรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายข้าวของและทรัพย์สิน (วาสนา ปานดอก, 2545; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2547) นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมของผู้ป่วยที่พบบ่อยและสร้างความกดดันแก่ผู้ดูแล ได้แก่ ก้าวร้าว หลงผิด ประสาทหลอน (Dangdomyouth, 2006) ไม่สนใจการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ดี (Gopinath & Chaturvedi, 1992 อ้างถึงใน สถิต สุรประภิต, 2542; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2547) และไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง (Dangdomyouth, 2006)

2. ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบและการป่วยซ้ำ คือ ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเองเมื่อมีอาการดีขึ้นหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545; มาร์ศรี ปาณิวัตร, 2548) และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด หรือมีการปรับขนาดยาเอง โดยการใช้จ่ายในเวลาที่ ไม่เหมาะสมหรือมีการใช้ยาผิดวิธี (เพชร คันธสายบัว, 2548)

3. ปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีการแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่กล้าพูดคุยกับผู้อื่น และไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง โดยสมาชิกในครอบครัวคิดว่าผู้ป่วยมีอาการหลงทางจิตหลงเหลืออยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพเฉพาะญาติผู้ดูแลใกล้ชิดเท่านั้น (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547)

4. ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทำให้เกิดความไม่สบายใจในการทำงานร่วมกับคนอื่น และหากผู้ป่วยมีอาการกำเริบจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ จึงทำให้ผู้ป่วยขาดรายได้ (จิตรรัตน์ พิมพ์ดีด, 2547)

5. ปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับไปอยู่กับครอบครัวที่บ้านมักพบว่า ญาติขาดการดูแลและเอาใจใส่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ตามลำพัง ปล่อยให้ อยู่ที่บ้านคนเดียว โดยไม่มีคนคอยดูแลในเรื่องการรับประทานยา เนื่องจากญาติเกิดความเอือมระอา และเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย (วาสนา ปานดอก, 2545; มาร์ศรี ปาณิวัตร, 2548; อรพรรณ ลือบุญ รัชชัย, 2549)

6. ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยเกิดความเครียดจากการเจ็บป่วยของตนเอง ภาวะเครียดจากการไม่มีงานทำหรือไม่มีรายได้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาความขัดแย้งของคนในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและเกิดการทะเลาะกับบุคคลในครอบครัวได้บ่อยครั้ง (มาร์ศรี ปาณิวัตร, 2548)

7. ปัญหาการใช้สารเสพติด จากการศึกษาของ Kaplan and Sadock (1998) พบว่า ผู้ป่วยมีการสูบบุหรี่มากถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด ซึ่งผลเสียของการสูบบุหรี่มีต่อการ ใช้ยารักษาโรคทางจิต คือ ทำให้ยาออกฤทธิ์น้อยลง และทำให้เกิดอาการ parkinsonism ได้ (บุปผา ธนิกกุล, 2554) และจากการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่เป็นประจำถึงร้อยละ 45.1

2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จอม สุวรรณโน (2541) กล่าวถึง บทบาทหน้าที่ของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ ดังนี้

1) การปฏิบัติกรดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว และการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล

- 2) การช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ
- 3) การจัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพ จัดหาซื้อยา
รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยา
- 4) ช่วยเหลือด้านการเงิน
- 5) แบ่งเบาภาระงานบ้าน
- 6) เป็นธุระติดต่อกับชุมชน

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) ได้แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (care provide role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การรับประทานยา เป็นต้น

2) บทบาทของผู้จัดการดูแล (care manager role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลต้องประสานงานให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทางด้านร่างกายและจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่หาแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือบริการอื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดในด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟู

จึงสามารถสรุปได้ว่า ผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ต่างๆมากมายที่ต้องให้การดูแลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ จากบทบาทของผู้ดูแลข้างต้นผู้ดูแลจึงต้องมีความอดทนและใช้ความพยายามเป็นอย่างมากในการทำหน้าที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องมีความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้สามารถตัดสินใจและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

2.4 ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Department of Social Change and Mental Health (WHO, 2000 อ้างถึงในศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2549) ได้แบ่งผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. **ผลกระทบทางด้านจิตใจ** โดยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ ดังนี้

1.1 อารมณ์เศร้า (sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกสูญเสียของตนไปทุกๆที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ผู้ดูแลแสดงออกทางอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ และรู้สึกไม่มีแรง

1.2 ความรู้สึกผิด (Guilt) ในบางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธ หรือทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่างๆ แล้วผู้ดูแลมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองในภายหลัง

1.3 ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกโกรธผู้ป่วย ตนเอง เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้นได้

1.4 ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) ผู้ป่วยอาจมีปัญหาทางด้านความจำ และปัญหาด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกอับอาย

1.5 ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ผู้ดูแลมีหน้าที่ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสพบปะเพื่อนฝูงหรือสังคม เสมือนถูกตัดออกจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงษ์สงวนสิน (2544) ที่พบว่า ผู้ดูแลต้องใช้เวลามากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาพักผ่อน ไม่มีเวลาออกกำลังกาย และทำให้ไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัว เนื่องจากต้องทำหน้าที่เพิ่มหลายประการแทนผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมดังที่เคยปฏิบัติได้ เช่น การไปทำบุญ การร่วมตามประเพณีต่างๆ หรือการร่วมกิจกรรมในชุมชน ส่งผลให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนและคนในชุมชนลดลง รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งจากเพื่อน และชุมชน

2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological problem) พบว่า ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีเวลาในการพักผ่อนลดลง ทำให้มีอาการทางด้านร่างกายเกิดขึ้น เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยล้ากับการดูแล (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิชย์, 2552) โดยสรุปปัญหาที่พบมีดังนี้

2.1 อาการปวดหลัง (backache) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักมีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกาย เนื่องมาจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังของตนเอง ซึ่งอาการปวดหลังนี้ยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากจิตใจ (psychosomatic) ที่มีสาเหตุจากภาวะเครียดที่สื่อให้ทราบว่าภาวะที่ผู้ดูแลรับไว้นั้นนับวันยิ่งมากขึ้น และเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการพักจากการภาระนั้นๆ

2.2 อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (weakness) เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรงทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ และยังทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย ส่งผลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเช่นกัน

2.3 มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (increase health problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้มีการดูแลสุขภาพของตนเองลดลง ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัว

อาจไม่มีแรงไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่ตรงเวลา รับประทานยาไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วกำเริบมากขึ้น และอาจมีปัญหาสุขภาพอื่นๆเพิ่มมากขึ้น

3. ผลกระทบด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socio-economic problem)

3.1 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน (Change in working pattern) มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องเปลี่ยนหรือปรับลักษณะของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายต้องเสียสละลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

3.2 รายได้ลดลง (Lower income) ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะงานหรือต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้น และบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นอีก

3.4 ความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict) การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการจัดการที่ดีแล้วจะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลักระหว่างการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลหรือครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้กับครอบครัวได้

จากปัญหาและผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น มีรายงานการวิจัยตั้งนี้ มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงษ์สงวนสิน (2544) พบว่า การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล แต่รายได้ของสมาชิกอื่นๆ ลดลง Fredman (1998) พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยปัญหาทางด้านร่างกาย ได้แก่ ภาวะสุขภาพไม่สมบูรณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ต่างๆ แทนผู้ป่วยมากขึ้น และปัญหาทางด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าผู้ดูแลหลักมีอัตราการเจ็บป่วยทางจิตได้มากที่สุด

Ganguly, Chadda&Singh (2010) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลหรือญาติ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาระมากในการดูแลขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล

Sharon et al (2012) พบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นต้องใช้ความพยายามและเสียสละเวลาในการทำงาน จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดหลังจากให้การดูแลผู้ป่วย

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในทุกด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ เช่น เศร้า รู้สึกผิด โกรธ อับอาย และไม่มีเพื่อน เมื่อผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดในจิตใจแล้วจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลงและไม่มีประสิทธิภาพ และเป็นผลให้ผู้ป่วย

เกิดอาการกำเริบได้ ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว คนใกล้ชิด เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข หรือคนในชุมชน จะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นและลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้

3. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมาย

สมจิต หนูเจริญกุล (2540) กล่าวว่าไว้ว่า ความสามารถในการดูแลเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้ และการกระทำของผู้ดูแลที่มีลักษณะเฉพาะ ในการสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่มีใช้การกระทำต่างๆไป แต่ควรมีการตอบสนองต่อผู้ป่วยโดยให้ความเอาใจใส่ในเรื่องภาวะแวดล้อม การออกกำลังกาย การพักผ่อน โดยมีเป้าหมายของการดูแลสอดคล้องกับผลต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง การกระทำที่จิตใจของผู้ดูแลในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งมีใช้การกระทำต่างๆไป (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ได้แก่

1.ความสามารถของผู้ดูแลที่จะสนใจเอาใจใส่ในบุคคลที่ต้องพึ่งพาในฐานะผู้ดูแลรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

2.ความสามารถของผู้ดูแลที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตน ให้เพียงพอสำหรับการเริ่มและการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลต้องมีความเอาใจใส่เรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนในเวลากลางคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อดูแลตนเองให้ร่างกายแข็งแรง กระฉับกระเฉง ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดจากการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

3.ความสามารถของผู้ดูแลที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการที่จะริเริ่มและประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ เพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

4.ความสามารถของผู้ดูแลที่จะใช้เหตุผล เพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา โดยใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

5.ความสามารถของผู้ดูแลในการจูงใจที่จะกระทำการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยมีเป้าหมายของการดูแลที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายที่ส่งผลดีต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

6.ความสามารถของผู้ดูแลที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

7.ความสามารถของผู้ดูแลในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจากผู้รู้ ผู้ชำนาญการ การคงไว้ซึ่งความรู้ และการนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติได้

8.ความสามารถของผู้ดูแลในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเองในการให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

9.ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดลำดับกิจกรรมการดูแลหรือระบบการดูแล โดยเรียงลำดับความสำคัญก่อนและหลัง เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

10.ความสามารถของผู้ดูแลที่จะปฏิบัติการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และผสมผสานการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตทั้งในส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน

Orem (2001) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแล หมายถึงความสามารถของผู้ดูแลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือกระทำ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง อันเนื่องมาจากภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ

สรุปได้ว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการกระทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การให้ความสนใจและดูแลเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติในชุมชน โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงการดูแลเรื่องความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบข้างที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยได้

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นบุคคลที่มีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพอย่างเรื้อรัง ดังนั้น ผู้ดูแลจึงต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะเวลานานหรือตลอดชีวิต (Harowitz, 1985 cited in Davis, 1992a) ได้อธิบายเกี่ยวกับหน้าที่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไว้ 4 ด้าน คือ

1. การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care services) ได้แก่ การช่วยเหลือเรื่องการเดินทาง การทำกิจธุระส่วนตัว การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การให้ยาและการรักษาอื่นๆ
2. การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional services) ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารกับคนอื่นได้ในระดับที่เหมาะสม
3. การติดต่อกับหน่วยงานต่างๆ เช่น โรงพยาบาล สังคมสงเคราะห์จังหวัด หรือสถานitäรรว
4. การช่วยเหลือทางการเงิน

กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นผู้ใหญ่ สามารถอธิบายได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้ (Oberst, 1990 อ้างถึงในทูลภา บุปผาสังข์, 2545)

1.การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) ได้แก่ การบำบัดรักษา การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมต่างๆ

2.การดูแลระหว่างบุคคล (interpersonal care) ได้แก่ การเป็นแรงสนับสนุนทางอารมณ์ การเฝ้าระวังอันตราย การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย และการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น

3.การดูแลด้านทั่วไป (instrument care) ได้แก่ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดการด้านการเงิน การทำงานบ้าน การเดินทาง และการวางแผนทำกิจกรรมอื่นๆ

Jones (1996) สรุปกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้ 9 ด้าน คือ การแต่งกาย การดูแลเรื่องการรับประทานยา การทำงานบ้าน การซื้อสิ่งของที่จำเป็น การทำอาหาร การเดินทาง การจัดการด้านการเงิน การช่วยดูแลสมาชิกที่เป็นเด็ก และการบริหารเวลา

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม อาจก่อให้เกิดปัญหาอาการกำเริบและกลับไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้

Orem (2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา หมายถึงความสามารถของผู้ดูแลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยมีโครงสร้างพื้นฐานกำเนิดมาจากความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) การปรับเปลี่ยน (Transitional) และลงมือปฏิบัติ (Productive) เพื่อที่จะทราบและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังมีส่วนของพลังความสามารถที่เฉพาะ (power component specific) ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานที่จะทำให้เข้าใจความต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น รวมถึงการให้การดูแลบุคคลอื่นด้วย การที่บุคคลจะดูแลตนเองได้นั้นจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการที่บุคคลจะสามารถดูแลบุคคลอื่นได้นั้นบุคคลนั้นก็จะต้องมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งเป็นความสามารถที่เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่แตกต่างกันตรงที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของอีกบุคคลหนึ่ง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมี 3 ระดับคือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (capabilities for dependent-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการคือ

1.1 ตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบโดยตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

1.2 ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่จะสามารถกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

1.3 ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลที่จำเป็นของ บุคคลที่ต้องพึ่งพา

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (power component of care) เป็นตัวกลางซึ่ง เชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลโดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างตั้งใจเพื่อการดูแล ผู้ป่วยได้แก่

2.1 ความสนใจและความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบ รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สิ่งแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้ เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติดูแลผู้ป่วย

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่ จำเป็นในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลในการดูแลผู้ป่วย

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายของการดูแล ผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และปฏิบัติจามที่ ตัดสินใจได้

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สถิติปัญญา การรับรู้ การจัด กระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และ สอดแทรกการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล (foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างตั้งใจ และมีเป้าหมายโดยทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาทสำหรับความรู้สึก รวมทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้กลิ่น และการรับรส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอก

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความหวังใยในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

สรุปได้ว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขึ้นอยู่กับพลังความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของตัวผู้ดูแลแต่ละคนซึ่งมีความแตกต่างกัน ในการรับรู้ สามารถเข้าใจในตัวผู้ป่วย สามารถตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทด้วยความเอาใจใส่ในทุกด้านทั้งตัวผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบข้างกับผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการทางความคิดในการรับรู้ การสร้างสัมพันธภาพ และสามารถปรับการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Orem (2001) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาว่า ความสามารถในการดูแลมีปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่

1. อายุ (Age) บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ซึ่งมีการพัฒนาไปตามสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ระยะเวลาที่ยาวนานจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลของผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล

2. เพศ (Gender) เป็นตัวกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคคล เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระ ซึ่งอาจส่งผลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดๆได้

3. ระยะพัฒนาการ (Development state) บุคคลจะมีการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลตนเองตามเหตุการณ์ที่ประสบตามระยะพัฒนาการชีวิต ทั้งนี้เนื่องมาจากผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยความสามารถในการดูแลตนเองเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก การพัฒนาจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ

4. ภาวะสุขภาพ (Health state) หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ ตลอดจนการวินิจฉัยทางการแพทย์ ถือว่าเป็น ภาวะพลวัต คือ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic state)

5. สังคมวัฒนธรรม (Sociocultural orientation) การศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานด้านนี้ โดยกล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

6. ระบบบริการสุขภาพ (Health care system factors) หมายถึง ระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่ก่อนรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนครบกระบวนการรักษาพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่เอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้

7. ระบบครอบครัว (Family system factors) ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมด และความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เมื่อมีผู้ที่เจ็บป่วยในครอบครัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพ ทำให้ระบบการดูแลในครอบครัวประสบผลสำเร็จ

8. แบบแผนการดำเนินชีวิต (Pattern of living) เป็นแบบแผนที่มีการปฏิบัติเป็นกิจวัตร ซึ่งเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล

9. สิ่งแวดล้อม (Environment factors) ได้แก่ ที่อยู่อาศัย และภูมิประเทศที่อยู่รอบตัวบุคคล ทั้งนี้ Orem ไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดไว้ชัดเจนนักเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านนี้

10. แหล่งประโยชน์ (Resource availability and adequacy) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยการเพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ และยังส่งเสริมให้บุคคลคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ปัจจัยพื้นฐานไม่ได้มีอิทธิพลต่อเฉพาะคุณค่าของความเป็นบุคคล ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของบุคคลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ปัจจัยพื้นฐานยังเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อพยาบาลในการที่จะใช้ปัจจัยพื้นฐานเป็นสิ่งที่ช่วยให้ค้นพบความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล และสามารถที่จะดูแลและพัฒนาบุคคลให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเพิ่มขึ้น

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ขึ้นอยู่กับตัวบุคคลที่ให้การดูแล สิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในตัวบุคคล ดังนั้นหากบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถและความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จะทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมของทูลภา บุปผาสังข์ (2545) พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลดังนี้

1. ระดับการศึกษา การศึกษาจะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้น และสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้จากการศึกษามาประยุกต์ใช้ในการเผชิญปัญหาต่างๆ รวมทั้งสามารถปรับกิจกรรมในการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยได้ดีกว่า

2. อายุของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงวุฒิภาวะของบุคคลที่จะจัดการเกี่ยวกับเรื่องราวหรือปัญหาต่างๆ โดยผ่านการรับรู้ การแปลความหมาย การทำความเข้าใจ และการตัดสินใจที่จะเลือกสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุด ซึ่งพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ จะมีความสามารถสูงสุดวัยผู้ใหญ่ และความสามารถจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1991 อ้างถึงใน ทูลภา บุปผาสังข์, 2545 หน้า 28)

3. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล หากผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีย่อมส่งผลให้มีข้อจำกัดในการตอบสนองต่อความต้องการของตนเองและผู้อื่น เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่หลายประการแทนผู้ป่วย และใช้เวลามากขึ้นในการดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ

4. พฤติกรรมของผู้ป่วย ที่พบบ่อยและสร้างความเครียดให้แก่ผู้ดูแล ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว หลงผิด ประสาทหลอน แยกตนเอง และไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง (Jackson, Smith and McGorry, 1990 อ้างถึงในทูลภา บุปผาสังข์, 2545 หน้า 28)

จากการทบทวนวรรณกรรมของแก้วตา มีศรี(2554) พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ได้แก่ อายุของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งในการศึกษาของ Charalampos et al. (2012) พบว่าปัจจัยเหล่านี้ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยเช่นกัน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชน ดังนั้นผู้ดูแลหรือครอบครัว จึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักมีหน้าที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นในเกือบทุกด้านของชีวิตผู้ป่วย (ละเอียด ปานนาค และสิรินภา จาติเสถียร, 2555) ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามและเสียสละเวลาในการทำงาน จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดหลังจากให้การดูแลผู้ป่วย (Sharon et al., 2012) และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลายประการ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ผลต่อร่างกาย (Physical domain) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง กำเริบได้บ่อยครั้ง และมีกหนทานต่อแรงกดดันทางจิตใจได้ไม่ตี รวมถึงมีความบกพร่องในหน้าที่ และมีความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิชย์, 2552) และเป็นโรคที่มีการสูญเสียความสามารถสูงเมื่อเทียบกับโรคทางกาย (Norton et al., 2006) ดังนั้นผู้ดูแลต้องทำ

หน้าที่เพิ่มหลายประการแทนผู้ป่วย และใช้เวลามากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยในการกิจกรรมต่างๆ (Montgomery et al., 1985; Asen E., 2002; Salomon Draine, 1995 cite in Chien, 2008) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีเวลาในการพักผ่อนลดลง ทำให้มีอาการทางด้านร่างกายเกิดขึ้น เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยล้ากับการดูแล (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) ดังการศึกษาของ Ganguly, Chadda & Singh (2010) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลหรือญาติ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาระมากในการดูแล ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล และการศึกษาของ Eaker (1995) พบว่า ผลกระทบที่ยาวนานจากการดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นผลให้ไม่เอาใจใส่หรือละเลยการดูแล หรือดูแลอย่างขาดประสิทธิภาพ

2. ผลต่อจิตใจและอารมณ์ (Psychological and emotional domain) การดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด หากผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขในเรื่องการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องยาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง และเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (จิราพร รักการ, 2549; Lim & Ahn, 2003) ดังการศึกษาของ Baker (1989) พบว่า ความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของบุคคลในครอบครัว จะก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมาก และปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด รวมถึงความวิตกกังวลเรื่องความปลอดภัยต่อผู้ป่วย และบุคคลที่อยู่รอบข้าง หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่รุนแรง และการศึกษาของ Fredman (1998) พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยปัญหาทางด้านร่างกาย ได้แก่ ภาวะสุขภาพไม่สมบูรณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ต่างๆ แทนผู้ป่วยมากขึ้น และปัญหาทางด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความทุกข์ทรมานของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าผู้ดูแลหลักมีอัตราการใช้ยาทางจิตได้มากที่สุด รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย และภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการดูแล (เอ้ออารีย์ สาริกา, 2543)

3. ผลต่อสังคม (Social domain) การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ผู้ดูแลหลักหรือครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นในเกือบทุกด้านของชีวิต เช่น การไม่รับประทานยา การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและไม่ไปตรวจตามนัด (ละเอียต ปานนาค และสิรินภา จาติเสถียร, 2555) ซึ่งเกิดจากความผิดปกติกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมบางอย่างยังหลงเหลืออยู่ หลักการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (อุมาพร ตรังคสมบัติ,

2544) ดังนั้นผู้ดูแลหรือครอบครัว จึงมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมประจำวัน (Ganguly, chadda&Singh, 2010; Sharon et al., 2012) ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลามากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาพักผ่อน ไม่มีเวลาออกกำลังกาย และทำให้ไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัว เนื่องจากต้องทำหน้าที่เพิ่มหลายประการแทนผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมดังที่เคยปฏิบัติได้ เช่น การไปทำบุญ การร่วมตามประเพณีต่างๆ หรือการร่วมกิจกรรมในชุมชน ส่งผลให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนและคนในชุมชนลดลง รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งจากเพื่อนและชุมชน (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงษ์สงวนสิน, 2544)

4. ผลต่อเศรษฐกิจ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วย การหยุดทำงานเพื่อพาผู้ป่วยไปรักษา ทำให้ผู้ดูแลมีรายได้ลดลง (Chatuaka et al., 2013) แต่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างสูง จึงทำให้มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ดังการศึกษาของ มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงษ์สงวนสิน (2544) พบว่า การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล แต่รายได้ของสมาชิกอื่นๆ ลดลง

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตประจำวันในการทำงาน การเข้าร่วมกับสังคม และหากผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขในเรื่องการดูแลผู้ป่วยนี้ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้หมดหวัง และเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงการละเลยที่จะดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีความเครียดไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งหากผู้ดูแลมีทัศนคติทางด้านลบและความคาดหวังต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง และทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูงจนเกิดการป่วยซ้ำ และเป็นสาเหตุให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลตามมาได้ ดังนั้นหากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการเผชิญความเครียด เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดี และเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ รวมทั้งลดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำได้อีกด้วย

3.4 การประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

มีนักวิจัยสร้างเครื่องมือเพื่อวัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา คือ

Denyes (1980) สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่น (The Denyes Self-Care Agency Instrument : DSCAI) โดยใช้วัดพลังความสามารถ 10 ประการ และต่อมาได้นำแบบวัดนี้ไปใช้กับวัยรุ่น โดยเนื้อหาของแบบวัดประกอบด้วยความสามารถ 6 ด้าน คือ 1) ความเข้มแข็งในตนเอง ความสามารถในการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการควบคุม

ตนเองในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยกรณีฉุกเฉิน โดยสามารถตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 2) ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจ หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และสังเกตอาการผิดปกติ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ รวมทั้งสามารถให้การดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 3) ความแข็งแรงของร่างกาย หมายถึง ภาวะสุขภาพ และโรคประจำตัวของผู้ดูแล ที่ก่อให้เกิดปัญหาหรือส่งผลให้เป็นอุปสรรคในการให้การดูแลผู้ป่วย 4) ความเอาใจใส่สุขภาพ หมายถึง ผู้ดูแลตระหนักและสนใจติดตามอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตลอดจนสนใจค้นคว้าหาความรู้ หาข้อมูล โดยการสอบถามอาการผิดปกติจากแหล่งที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ เช่น ผู้รู้ หรือจากการอ่านหนังสือ 5) ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย หมายถึง ความนึกคิดของผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย 6) การให้คุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจถึงความสำคัญต่อประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพที่ดีว่ามีความสำคัญยิ่งกว่าอื่นใด (จินตนา จักรปิง, 2552)

Ever et al. (1985) ได้สร้างเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (The Appraisal Of Self-Care Agency Scale: Form A) เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลต่างๆไปทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย โดยนำไปทดสอบความเที่ยงระหว่างบุคคลในกลุ่มผู้สูงอายุที่พักในสถานพยาบาล โดยให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองคู่กับพยาบาล จากเครื่องมือเดียวกันพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน และผู้สูงอายุอีกกลุ่มหนึ่งที่พักอยู่ที่บ้านได้ประเมินตนเองคู่กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการประเมินพบว่าผู้สูงอายุมีการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ดูแล นอกจากนี้ Ever et.al. (1985) ได้ศึกษาความคงที่ของเครื่องมือ (stability) โดยศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อเส้นเลือดแดงโคโรนารี 6 เดือน และ 12 เดือนตามลำดับ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาภายหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.56, p<.001$) และได้ศึกษาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญในเมดิคัลการพยาบาลของ Orem ซึ่งจบปริญญาเอก 8 ท่าน ร่วมกับผู้สร้างทฤษฎี คือ โอเรม (Orem) เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับจำนวนข้อเหลือเพียง 24 ข้อ และนำไปหาความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) โดยวิธี Know group technique ทำการศึกษาในกลุ่มสูงอายุที่พักอยู่ในสถานพยาบาลและกลุ่มผู้สูงอายุที่พักที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่พักที่บ้านมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่พักในสถานพยาบาล อย่างนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผู้สร้างเครื่องมือได้วัดความตรงตามการทำนาย (Predictive Validity) ในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังการทำผ่าตัดต่อเส้นเลือดแดงโคโรนารี 6 เดือน และวัดระดับการรับรู้ถึงการมีภาวะสุขภาพและการมีสวัสดิภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงการมีสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง (แก้วตา มีศรี, 2554)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ของแก้วตา มีศรี (2554) ซึ่งดัดแปลงมาจากของสกาวัตต์ พวงจันทร์ (2538) ที่สร้างตามแนวคิดของ Ever et al.(1985) แปลโดยสมจิต หนูเจริญกุล ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 21 ข้อ ซึ่งแก้วตา มีศรี (2554) โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงข้อคำถามบางส่วนให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เนื่องจากแบบประเมินชุดนี้สามารถประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมในทุกด้าน

3.5 การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตามทีโอเรม (Orem) ได้กล่าวถึงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระดับ คือ ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา พลังความสามารถ 10 ประการ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแลนั้น ในแต่ละระดับสามารถพัฒนาได้โดยความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้น

Orem (2001) ได้กล่าวว่า การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล เป็นแนวคิดทางการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลให้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระบบทางสังคม ระบบวิชาชีพ และการปฏิบัติ

สมจิต หนูเจริญกุล (2536) ได้กล่าวว่า การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จะต้องพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพและการคงไว้ซึ่งความตั้งใจในการให้การดูแลผู้ป่วย การตัดสินใจของพยาบาลเพียงฝ่ายเดียวที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและไม่เกิดประโยชน์ ต้องเป็นการตกลงใจภายในครอบครัว โดยสนับสนุนให้บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย ต้องใช้ระยะเวลาและเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ ดังนี้

การสอนความรู้และการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วย และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องใช้ระยะเวลานาน มีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการของโรค การรักษาและการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการสอน การให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ดูแลไม่เคยทราบมาก่อน หรือทราบอยู่แล้วแต่ไม่ครบถ้วนหรือยังมีข้อสงสัย รวมทั้งแก้ไขความเข้าใจผิดให้แก่ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญและจำเป็นที่จะคงไว้ซึ่งความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถพัฒนาได้ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด เป็นสัมพันธภาพที่มีลักษณะของการช่วยเหลือเป็นระบบที่มีความสำคัญในการเอื้ออำนวยให้พยาบาลสามารถพัฒนาความสามารถของ

ญาติหรือผู้ที่รับผิดชอบให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดสามารถกระทำได้นี้

1.1 มีการตกลงร่วมกันเมื่อพยาบาลติดต่อกับผู้ป่วยและญาติในครั้งแรก โดยพยาบาลตกลงกับผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาล

1.2 สร้างบรรยากาศให้เกิดความไว้วางใจ ให้เกียรติในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล การแสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอและยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ ยอมรับความช่วยเหลือจากพยาบาล เป็นแรงจูงใจให้ผู้ดูแลต้องการการเรียนรู้

2. การสร้างแรงจูงใจ เป็นปัจจัยพื้นฐาน เป็นวิธีการที่สำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลหรือญาติเกิดการเรียนรู้ (Whitman, et.al.,1986 อ้างถึงในแก้วตา มีศรี, 2554) การกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งที่พึงพอใจจากการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

3. การส่งเสริมความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเอง (self-efficacy) เป็นความเชื่อว่าบุคคลจะสามารถกระทำพฤติกรรมใดได้นั้น บุคคลนั้นต้องได้รับการส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง ซึ่งนำมาใช้ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยกระทำตามแนวทางดังนี้

3.1 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริงระหว่างที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแล และจูงใจให้หาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

3.2 การประเมินผลงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยให้ผู้ดูแลได้รับทราบในสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง โดยใช้การกล่าวชม ให้กำลังใจ และแนะนำข้อที่ควรแก้ไขปรับปรุงเมื่อพบความบกพร่อง รวมทั้งประเมินผลความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วยให้ผู้ดูแลได้รับทราบเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการคงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยต่อไป

4. การใช้ระยะเวลา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เกิดจากการได้รับประสบการณ์หรือฝึกฝน การเกิดพฤติกรรมหรือความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลจึงต้องใช้ระยะเวลา และกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการคิด ตัดสินใจ เพื่อปรับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม

4. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด

4.1 ความหมายของความเครียดและการเผชิญความเครียด

ความเครียด เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม จะพยายามจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่โดยการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม (Lazarus & Folkman, 1984) ผ่านกระบวนการรับรู้หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคาม ซึ่งการประเมินนี้เป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก (กุลธิดา สุภาคุณ, 2555) และในชีวิตประจำวันบุคคลมักเผชิญกับภาวะเครียด จากสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในตัวได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวได้ในระดับที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้น โดยมีผู้ให้ความหมายของความเครียดไว้หลากหลายแนวคิด เช่น

Selye (1976) กล่าวว่า ความเครียดเป็นการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองร่างกายต่อสิ่งที่มาคุกคามหรืออันตราย ส่งผลให้โครงสร้างและสารเคมีในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป และแสดงออกมาให้เห็นในด้านร่างกายเช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง เป็นต้น ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เป็นภาวะพลวัตสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ซึ่งเกิดจากกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลนั้น (Cognitive appraisal) ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งคุกคามที่ส่งผลให้ตนเองเกิดอันตราย หรือความเสียหายหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

Luckman and Sorensen (1993) กล่าวว่า ความเครียดเป็นสิ่งที่เข้ามาคุกคาม หรือสิ่งที่พยายามทำลายบุคคล ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลในร่างกาย และก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ

Caplan (1981) กล่าวว่า ความเครียดเป็นภาวะที่ขาดความสมดุลหรือความไม่เหมาะสมระหว่างความคาดหวังและความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้น และการขาดความสมดุลนี้ ส่งผลต่อความมั่นคง ความปลอดภัย ของบุคคลนั้นในอนาคต

Sarafino (1990) กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลลัพธ์เมื่อมีการโต้ตอบระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ทำให้แต่ละบุคคลมีการรับรู้ที่แตกต่างกันระหว่างความต้องการของสถานการณ์และทรัพยากรทางด้านบุคคล ทั้งทางด้านชีวภาพ จิตวิทยา หรือระบบสังคม

ศรีพิมล ดิษยบุตร (2553) กล่าวว่า ความเครียดเป็นการปรับตัวที่เกิดขึ้นทางจิตใจและร่างกายจากสาเหตุที่ไม่เฉพาะเจาะจง ที่อาจเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปหรือกะทันหัน ซึ่งคนเรามาก

ประสบเสมอในชีวิตการทำงานและชีวิตประจำวันยาที่จะหลีกเลี่ยงได้ ก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจและร่างกายขึ้นอย่างชั่วคราว

สวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2554) กล่าวว่า ความเครียดคือการตอบสนองของบุคคลที่ระบอบอย่างชัดเจนไม่ได้ต่อสภาวะการณ์บางอย่างที่คุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต ซึ่งการตอบสนองนี้มีลักษณะเฉพาะในแต่ละคน ไม่จำเป็นจะต้องเหมือนกัน จะปรากฏให้เห็นในรูปอาการแสดงออกบางอย่าง และเป็นต้นเหตุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหลายๆอย่างภายในร่างกายของบุคคล ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สภาวะการณ์อย่างเดียวกันอาจทำให้เกิดความเครียดไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการรับรู้ของบุคคล

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2552) กล่าวว่า ความเครียดคือสภาวะที่บุคคลเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคามหรือพยายามทำลายบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลประสบกับความไม่พึงพอใจ และกระทบต่อภาวะสมดุลของบุคคลนั้นทั้งด้านสรีระ จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมของบุคคล ความเครียดจะเป็นสิ่งขัดขวางพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจของมนุษย์จนเกิดภาวะเสียสมดุล

สรุปได้ว่า ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปหรืออย่างกะทันหัน และความเครียดเป็นพลังที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นสิ่งที่คุกคามหรือทำลายบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลให้บุคคลสูญเสียหรือขาดความสมดุลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความมั่นคงและความปลอดภัยของบุคคลในอนาคต เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ การประเมินทางความคิด และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลว่าสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์นั้นอย่างไร ซึ่งความเครียดเป็นสิ่งขัดขวางพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจมนุษย์ โดยมักแสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจนทางด้านร่างกายเป็นอาการต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4.2 แนวคิดในการเผชิญความเครียด

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่พยายามจะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก ซึ่งบุคคลนั้นประเมินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ว่าสามารถนำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญได้อย่างเต็มที่และเพียงพอ โดยการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม เพื่อตอบสนองต่อความเครียด โดยการปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น จนสามารถทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเบาลงได้ ซึ่งการเผชิญความเครียดมีลักษณะที่สำคัญ ดังนี้

1. เป็นกระบวนการ (process) โดยเน้นด้านการคิด การสังเกต การประเมิน และปฏิบัติจริงในการเผชิญกับความเครียด ความคิดและการกระทำจะทำให้เข้าใจถึงการเผชิญความเครียดกับสถานการณ์นั้น หากสถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงไปหรือเกิดการเผชิญหน้าครั้งใหม่ ความคิดและการกระทำย่อมเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

2. บริบทแวดล้อม คือ ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อการเผชิญความเครียด ขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์การเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ที่จะนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียดนั้น

3. ความพยายามในการจัดการกับความเครียด ไม่นึกถึงผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากการจัดการ และไม่สามารถบอกได้ว่าการจัดการที่ได้กระทำไปแล้วนั้นจะดีหรือไม่ดี (good or bad coping) ดังนั้นความพยายามในการจัดการกับความเครียดขึ้นอยู่กับตัวบุคคลและความเครียดของสถานการณ์ในขณะนั้น

การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลใช้ทักษะการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ และขาดความเข้าใจในเรื่องทักษะการเผชิญความเครียด จึงมักนำไปสู่การกลับมารักษาของผู้ป่วยได้บ่อยครั้ง (Sharon et al.,2012) และมีผู้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียด ดังนี้

Shelley E. Taylor & Annette L. Stanton (2007) ได้ให้ความหมายการเผชิญความเครียดว่า เป็นการกระทำและความพยายามที่จะจัดการความเครียด ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของบุคคล การเรียนรู้ ความเชื่อมั่นในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยอาศัยประสบการณ์ในวัยเด็กและการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยในการเผชิญความเครียดของแต่ละคน

Folkman & Judith (2004) ได้ให้ความหมายการเผชิญความเครียดว่า เป็นความคิดและพฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการภายในและภายนอก เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งการเผชิญความเครียดทำให้เกิดผลต่อสุขภาพ ภาวะอันตราย และส่งผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคล จนทำให้ความเครียดนั้นลดลงได้

สรุปได้ว่า การเผชิญความเครียด หมายถึง การเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่พยายามจะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งบุคคลนั้นประเมินถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ว่านำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์นั้นได้อย่างเต็มที่ ซึ่งการเผชิญความเครียดทำให้เกิดผลต่อสุขภาพ ภาวะอันตราย และส่งผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคล โดยการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม เพื่อตอบสนองต่อความเครียด จนสามารถทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเบาลงได้

4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด

เนื่องจากความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองต่อร่างกายและจิตใจ ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยแต่ละบุคคลจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน และได้ผลดีเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้ (Lazarus & Folkman, 1984: 157-164)

1. ภาวะสุขภาพและพลังงาน (Health and Energy) การที่บุคคลมีสุขภาพร่างกาย

แข็งแรงดีและมีพลังงานในร่างกายอย่างเพียงพอเป็นตัวเอื้อให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นไปอย่างเต็มความสามารถที่บุคคลมีอยู่ ทำให้สามารถจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าคนที่มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง อ่อนแอ เจ็บป่วย หรืออ่อนเพลีย

2. ความเชื่อทางที่ดี (Positive Beliefs) ความเชื่อนี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินค่าสถานการณ์ ถ้าบุคคลเชื่อในเรื่องความยุติธรรม อิศรภาพ และคิดในทางบวก เป็นสิ่งที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลมีความหวัง และช่วยให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ความเชื่อทางบวกทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ โดยการแสดงออกมาให้เห็นในเรื่องความคาดหวัง ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวของบุคคลนั่นเอง โดยส่งผลให้สามารถควบคุมสถานการณ์และมีพลังในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ทักษะในการแก้ไขปัญหา (Problem-solving skills) เป็นความสามารถของบุคคลในการหาข้อมูล เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ระบุปัญหา โดยการแยกปัญหาจากการคิด วิเคราะห์ ตามการรับรู้ และหาทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และเตรียมการเผชิญปัญหากันกับสถานการณ์โดยมีการวางแผนก่อนล่วงหน้าที่จะกระทำ ซึ่งทักษะนี้ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับใช้ในการเผชิญความเครียด

4. ทักษะด้านสังคม (Social skills) เป็นความสามารถในด้านการสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่นในสังคมที่อยู่อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพราะช่วยให้บุคคลมีการปรับตัว โดยมีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และปฏิบัติตัวให้เป็นไปตามสังคมอย่างเหมาะสม ซึ่งหากบุคคลมีสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้สามารถหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้อื่นได้ โดยการขอความร่วมมือหรือการช่วยเหลือจากผู้อื่นได้มากขึ้น หรือการสนับสนุนจากสังคมได้ง่ายขึ้น ทักษะด้านสังคมนี้มีความสำคัญเนื่องจากใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการสื่อสารของแต่ละบุคคลได้

5. แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) อาจเป็นบุคคล เช่น เพื่อน บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และสังคมนอกข้างที่อาศัยอยู่ที่ให้การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ความรู้สึก เช่น ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ ยอมรับฟังความรู้สึก เป็นต้น หรือการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการเผชิญความเครียด การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือดังกล่าวทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของคนใกล้ชิดส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น

6. แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ (Material Resources) คือ การมีเงิน สิ่งของ อุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และสิ่งอำนวยความสะดวกที่สามารถซื้อได้ สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับสถานะทางการเงิน ความสามารถในการซื้อเป็นสิ่งปรากฏให้เห็นชัดเจน และมีเพียงเล็กน้อยในการนำมาพิจารณาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา โดยพบว่า บุคคลหรือครอบครัวที่มีทรัพยากรด้านการเงินสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีทางเลือกในการแก้ไขปัญหาได้มากกว่าบุคคลหรือครอบครัวที่ขาดปัจจัยทางด้านนี้

Garland & Bush (1982) ได้กล่าวว่า การประเมินสถานการณ์เป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดรูปแบบพฤติกรรมและการเผชิญความเครียด ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. อายุ พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้เกิดความรอบคอบในการเผชิญความเครียดมากขึ้น และสามารถเลือกแนวทางที่จะใช้ในการเผชิญความเครียดได้มากขึ้น
2. ระดับการศึกษา ถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด เพราะบุคคลที่มีการศึกษาที่ดีกว่าจะทำให้สามารถเลือกใช้ประโยชน์จากความรู้ หรือผลสะท้อนจากพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่มาใช้เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ
3. ลักษณะของความเครียด ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคลและมีผลต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาที่ต่างกัน เช่น บุคคลหนึ่งสามารถเผชิญความเครียดที่รุนแรงเรื่องหนึ่งได้ แต่ประสบความล้มเหลวเมื่อเผชิญกับเรื่องที่เกิดขึ้นหลายๆ เรื่องในเวลาเดียวกัน แม้ว่าความรุนแรงจะน้อยกว่า
4. ประสบการณ์ในอดีต บุคคลส่วนใหญ่มักใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดแบบเดิมที่เคยใช้ได้ผลมาใช้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น หากใช้วิธีเดิมแล้วไม่ได้ผลก็จะเลือกใช้วิธีใหม่

4.4 วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการซึ่งอยู่ในบริบทของสถานการณ์หรือภายใต้เงื่อนไขว่าแต่ละบุคคลจะประเมินว่าเป็นอันตราย สูญเสีย หรือเป็นภาวะคุกคาม การประเมินนี้เป็นลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อย การเผชิญความเครียดเริ่มต้นจากการใช้อารมณ์และมักใช้เป็นอันดับแรก โดยแสดงออกมาเป็นอารมณ์ด้านลบ ส่งผลให้เกิดความเครียดต่อตนเองและอาจมีผลถึงรูปแบบในการเผชิญความเครียดได้ (Folkman & Judith, 2004) ดังนั้นจึงควรมีการเผชิญปัญหาที่ดี เพื่อให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นช่วยแก้ไขหรือกำจัดอาการแสดงที่เกิดขึ้น เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกเศร้า หรือความรู้สึกลึบ ซึ่งเป็นการแสดงถึงภาวะอันตรายหรือภาวะคุกคามแก่บุคคลนั้นได้ และการเผชิญความเครียดจะมีประสิทธิภาพเมื่อได้กระทำดังนี้

1. สามารถเก็บความโศกเศร้าเสียใจให้อยู่ในระดับที่สามารถจัดการได้
2. ก่อให้เกิดความหวังและกำลังใจ
3. การมองในด้านบวกหรือมีความรู้สึกที่ดี
4. สามารถรักษาไว้หรือสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคนที่มีความสำคัญในชีวิตตนเอง
5. เพิ่มความหวังในการสถานการณ์ที่เป็นประโยชน์ (ระหว่างบุคคล สังคม และเศรษฐกิจ) (Miller, 1992 อ้างถึงใน วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์, 2555; รัตนา พันจอย, 2555)

5. โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

5.1 แนวคิด

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะต้องเผชิญกับความกดดันจากสถานการณ์ภายนอกซึ่งมีมากกว่าความสามารถที่ตนจะสามารถรับมือได้ และเมื่อมีการรับรู้ความเครียดบุคคลจะพยายามจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่อย่างเต็มที่ โดยการแสดงออกทางอารมณ์หรือพฤติกรรม เพื่อตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจนสามารถทำให้ความเครียดนั้นเบาลงได้ ทั้งนี้วิธีการเผชิญความเครียด (Coping) ตามแนวคิดนี้ต้องผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลนั้น (cognitive appraisal) ว่าสามารถพิจารณาตัดสินใจถึงความสำคัญของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร กระบวนการนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของบุคคล โดยหากประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่มีความสำคัญต่อตนเอง (irrelevant) หรือเป็นสถานการณ์ที่มีผลดีต่อตนเอง เช่น ทำให้มีกำลังใจหรือมีความสุขในชีวิต (Benign positive) บุคคลก็มักตัดสินใจว่าไม่ต้องจัดการใดๆ กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่หากประเมินว่าสถานการณ์นั้นอาจก่อให้เกิดอันตราย เกิดความเสียหาย หรืออาจเป็นอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมได้ แสดงว่าบุคคลได้ตีค่าสถานการณ์นั้นว่าเป็นภาวะที่เครียด (stressful) ต่อตนเอง (stressful) ทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นทันที 2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และจัดการกับสถานการณ์เครียดที่ตนรับรู้ โดยใช้วิธีใดๆ ก็ตามที่ทำให้เกิดความสำเร็จตามที่ตนเองต้องการ หรืออาจเป็นการประเมินต่อเนื่องมาจากขั้นปฐมภูมิก็ได้ว่าจะทำอย่างไรกับสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อบุคคลนั้น 3) การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นวิธีที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วบุคคลจะประเมินซ้ำ เพื่อพิจารณาสถานการณ์ว่ายังมีอันตรายอยู่หรือลดลง ซึ่งถือได้ว่าเป็นการประเมินขั้นปฐมภูมิใหม่อีกครั้งหนึ่ง จึงทำให้มีการตัดสินใจที่ดีขึ้นในการเผชิญความเครียดในครั้งต่อไป โดยมุ่งเน้นการเผชิญความเครียดทั้ง 2 แบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งอภิชา แซ่มซ้อย (2550) ได้ใช้แนวคิดนี้ในการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการเผชิญความเครียด ความรู้เกี่ยวกับความเครียด และทักษะในการเผชิญความเครียดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความสนใจแก้ไขปัญหาภาวะเครียดและการขาดความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน

ชุมชน โดยพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขึ้น ด้วยการใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ร่วมกับการประยุกต์จาก โปรแกรมที่อภิชา แซ่มซ้อย (2550) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยโปรแกรมที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้จะดำเนินการในรูปของกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ผู้ดูแลมีการฝึกทักษะในการเผชิญ ความเครียดร่วมกันและมีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน นำไปสู่การจัดการกับความเครียดได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น

5.2 ขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรมเสริมทักษะการเผชิญความเครียด

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดขึ้น โดยประยุกต์ให้ตรงตาม สภาพปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ใช้กระบวนการกลุ่มในการทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้ดูแลมี ทักษะในการเผชิญความเครียดร่วมกัน และมีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งอภิชา แซ่มซ้อย (2550) ได้ใช้แนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ในการใช้โปรแกรมการเพิ่มศักยภาพ การเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 3 แผนกิจกรรม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับความเครียด วิธีการจัดการกับความเครียด การฝึกหายใจและการนวดตัวเองเพื่อลด ความเครียด จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมขึ้นใหม่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนตาม กระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) รวมเป็น 7 กิจกรรม โดยใช้เวลาในการ ดำเนินกิจกรรม 7 ครั้ง ครั้งละ 1-2 กิจกรรมๆละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ซึ่งมีรายละเอียดของ กิจกรรมที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้ในเรื่องกระบวนการประเมิน สถานการณ์ โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพด้วยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ระเบียบ ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับในกิจกรรมนี้ ซึ่งใช้การสื่อสารทั้งทางด้าน ภาษาและท่าทาง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมให้ ความรู้ในเรื่องการประเมินสถานการณ์ทางความคิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน คือ การ ประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) และการ ประเมินซ้ำ (Reappraisal) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงลำดับขั้นตอนของการประเมิน สถานการณ์ของแต่ละบุคคลอย่างชัดเจนมากขึ้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ ลดความกลัว ลดความวิตกกังวล และเตรียมความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกับ ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม รวมทั้งมีการประเมินทางความคิดตามลำดับขั้นตอน เพื่อประเมิน สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถ เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างถูกต้อง และเป็นการลดความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย จิตเภท

กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดตามการรับรู้และประสบการณ์จากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยสรุปผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงออกมาให้เห็นทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทางด้านด้านสังคม และทางด้านเศรษฐกิจ โดยการบอกคะแนนระดับความเครียดจากการประเมินเป็นรายบุคคล และสรุปรวมทั้งกลุ่มว่ามีความเครียดในระดับใดมากที่สุด พร้อมวิธีการแก้ไขความเครียดในแต่ละระดับ โดยใช้แบบประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต ที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม และให้สมาชิกในกลุ่มเขียนใบงานเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลและสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดูแลเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลจิตเภทเครียดหรือไม่ และส่งผลอย่างไร สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแสดงออกมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ พร้อมทั้งแจกคู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้กับสมาชิกทุกคนในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้สมาชิกในกลุ่มทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อประเมินความรู้และความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมให้ความรู้เรื่องประเภทของแหล่งประโยชน์ ความสำคัญ การใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นในเรื่องแหล่งประโยชน์ในชุมชนว่ามีแหล่งประโยชน์ใดที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลได้ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากแหล่งประโยชน์เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งที่สำคัญและมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการแสดง ยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา โดยใช้การฉายภาพนิ่งบนจอฉายภาพ และฝึกทักษะโดยการจับคู่บัตรคำระหว่างอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้น เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดความเครียดและมีทักษะในการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยาทางจิต และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกในกลุ่มแสดงบทบาทสมมติในเรื่องการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากสถานการณ์ตัวอย่าง และให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นในบทบาทสมมติว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร ผลลัพธ์ที่ได้จากการสื่อสารตามการแสดงบทบาทสมมติเป็นอย่างไร พร้อมให้ความรู้เรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการสื่อสารทางด้านบวก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการทำ

กิจกรรมประจำวัน และแสดงให้เห็นการสื่อสารทางด้านลบจะส่งผลเสียทั้งต่อตัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในหลายด้าน พร้อมสรุปเปรียบเทียบระหว่างการสื่อสารทางด้านบวกและทางด้านลบ โดยใช้การฉายภาพนิ่งบนจอฉายภาพ แสดงให้เห็นความชัดเจนระหว่างผลดี และผลเสีย ของการสื่อสารทางด้านบวกและการสื่อสารทางด้านลบ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเลือกใช้การสื่อสารได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ลดอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท และส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยให้สมาชิกทำแบบประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียด เพื่อประเมินว่าผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดแบบใดเป็นส่วนใหญ่ และผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดทั้งสองแบบ คือ แบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ผลดี ผลเสียที่เกิดจากการเผชิญความเครียดทั้งสองแบบ โดยให้สมาชิกในกลุ่มฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา จากสถานการณ์ตัวอย่างและสถานการณ์ตัวอย่างจากกิจกรรมที่ 2 โดยสมาชิกในกลุ่มร่วมกันแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ ด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ตามการรับรู้เพื่อหาปัญหาที่เกิดขึ้น เลือกหาวิธีโดยหาวิธีแก้ปัญหาไว้หลายๆวิธีตามความเหมาะสม และเตรียมเผชิญกับสถานการณ์โดยมีการวางแผนก่อนที่จะกระทำ สิ่งเหล่านี้ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการเผชิญความเครียด จะช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทำให้สามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้นและไม่แสดงออกทางด้านอารมณ์หรือพฤติกรรมกับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่เกิดภาวะเครียดจนต้องกลับไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มฝึกทักษะในการจัดการกับอารมณ์ด้วยการฝึกการหายใจและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อคลายความเครียดจากแผ่น CD เป็นวิธีการวิธีการผ่อนคลายทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ระบายออกทางอารมณ์ในทางที่เหมาะสม สามารถระงับและควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลายและสงบ และสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 7 การประเมินซ้ำ โดยการให้สมาชิกในกลุ่มทบทวนความรู้ที่ได้ในกิจกรรมที่ 3-6 ด้วยการแบ่งกลุ่มย่อย และให้ส่งผู้นำเสนอความรู้จากการทบทวนให้สมาชิกในกลุ่มฟัง ต่อจากนั้นจึงใช้สถานการณ์ตัวอย่างจากกิจกรรมที่ 2 มาเป็นหัวข้อหลักในการทำกลุ่ม โดยการให้สมาชิกประเมินซ้ำอีกครั้งหนึ่งว่าจะใช้วิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร ผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้นจากการกระทำนั้น เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้ทบทวนความรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้คงไว้ ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่ง

กิจกรรมดังกล่าวข้างต้นจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล สามารถเพิ่มทักษะในการเผชิญความเครียด และเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ รวมทั้งทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ลดความเครียดในการดูแลและเพิ่มทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น

1.3 กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

Marram (1978) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่มตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้จัดกระบวนการและเอื้ออำนวยให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันเอง เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเรียนรู้ มีความกล้าในการเสนอแนะ รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มให้ไปในทางที่ดี โดยทุกคนต้องยอมรับ ให้เกียรติ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มมีกำลังใจ

Corey and Corey (2006) ได้กล่าวไว้ว่า กระบวนการกลุ่มเกิดจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยแต่ละบุคคลมีบทบาทที่ชัดเจน กระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เป็นแรงจูงใจของบุคคลในกลุ่ม และสามารถนำสิ่งที่ได้รับจากในกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

สรุปได้ว่า กระบวนการกลุ่ม หมายถึง กระบวนการที่ทำให้สมาชิกตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปเกิดการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะปรับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มให้ไปในทางที่ดี โดยทุกคนต้องยอมรับ ให้เกียรติ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มมีกำลังใจ โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นผู้ดำเนินการเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกลุ่ม และสามารถนำสิ่งที่ได้รับจากในกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

การดำเนินการกลุ่ม แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ (Marram, 1978)

1. ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (The Introductory Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและระหว่างสมาชิกด้วยกัน ในระยะนี้ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศและความรู้สึกที่เป็นมิตร ความมั่นคงปลอดภัย และความไว้วางใจให้กับสมาชิกในกลุ่ม ด้วยการแสดงความสนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ ยอมรับในการแสดงความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม โดยไม่ใช้ความคิดเห็นของตนในการตัดสิน การประสานสายตาในระหว่างการสนทนาเป็นการสร้างความไว้วางใจ ส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มกล้าเปิดเผย ระบายความรู้สึกและประสบการณ์ของตนเองให้ผู้อื่นฟัง รวมทั้งมีความมั่นใจในการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นและยอมรับความช่วยเหลือจากสมาชิกในกลุ่มได้

2. ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working Phase) ในระยะนี้สมาชิกในกลุ่มมักจะมีความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อมั่นต่อผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่ม ทำให้มีการระบายความรู้สึก เปิดเผยตนเอง และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันมากขึ้น สมาชิกยอมรับได้ว่าตนเองมีปัญหา โดยมุ่งความสนใจที่

ปัญหานั้น มองหาแนวทางแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกคอยช่วยเหลือสนับสนุน จึงทำให้เกิดการเรียนรู้แบบใหม่ที่นำมาใช้ปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ยังช่วยให้สมาชิกในกลุ่มรับรู้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มที่ทำกิจกรรมร่วมกันด้วย

3. ระยะเวลาที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปผลของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม โดยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้าความสำเร็จของกลุ่ม หรืออาจจะประเมินจากเกณฑ์ที่ผู้นำได้ตั้งไว้เป็นการเฉพาะ เช่น สมาชิกรู้ว่าตนเองสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นและจัดการได้ด้วยตนเองหรือไม่ โดยก่อนจะสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มควรบอกให้สมาชิกทราบก่อนล่วงหน้า และในกรณีที่สมาชิกบางรายยังเกิดความกังวลหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องเปิดโอกาส ให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้สมาชิกในกลุ่มเห็นถึงสิ่งที่เป็นประโยชน์ที่ได้รับจากกลุ่ม

การดำเนินการกลุ่มจะพบว่า มีสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากการทำกลุ่ม คือ ผลงานที่กลุ่มแสดงออกมา (Product) และกระบวนการทำงานของกลุ่ม (Process) การดำเนินการกลุ่มนั้นทำให้สมาชิกเกิดปฏิสัมพันธ์และให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งถือได้ว่าเป็นประโยชน์และเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีปัจจัยที่ทำให้การดำเนินการกลุ่มเป็นไปได้ด้วยดี คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกภาพ หากบุคคลที่เข้าร่วมกลุ่มมีบุคลิกภาพที่สมาชิกในกลุ่มไม่ต้องการ เช่น ก้าวร้าว หรือมีจุดมุ่งหมายส่วนตัวมากกว่าส่วนรวม จะส่งผลให้การดำเนินการกลุ่มไปได้ไม่ดี
2. ปัจจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ ความรู้ และทักษะในการดำเนินการกลุ่ม ถ้าบุคคลมีประสบการณ์มาอยู่ในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้รับข้อเสนอแนะที่ดี ทำให้เกิดความพึงพอใจของสมาชิกในกลุ่มได้
3. ทักษะในการทำงานกลุ่ม เป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้ทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งประสบความสำเร็จ ได้แก่ ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เช่น การสื่อสารด้วยภาษาหรือการแสดงออกด้วยท่าทาง สายตา การฟัง ฯลฯ ทักษะในการขอความร่วมมือในการทำกิจกรรม เป็นต้น
4. จุดมุ่งหมายของกลุ่มหรือวัตถุประสงค์ของกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มควรมีจุดมุ่งหมายไปในแนวทางเดียวกันจะทำให้เกิดความสำเร็จได้มากกว่าสมาชิกในกลุ่มที่มีจุดมุ่งหมายแตกต่างกัน
5. ชื่อเสียงและเกียรติยศของสมาชิกในกลุ่ม พบว่า ผู้ที่มีชื่อเสียงมีอิทธิพลทำให้สมาชิกในกลุ่มเกรงใจและส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการทำกลุ่มเป็นอย่างดี
6. ขนาดของกลุ่ม เป็นสิ่งที่มีผลต่อการดำเนินการกลุ่ม ดังนั้นผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกขนาดของกลุ่ม โดยการกำหนดขนาดของกลุ่มขึ้นอยู่กับอายุของสมาชิก ประสบการณ์ของผู้นำกลุ่ม วัตถุประสงค์ของกลุ่ม (Corey and Corey, 2006) หากกลุ่มที่ต้องการการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมที่จะทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์และเกิดผลดีที่สุด ควรมีสมาชิกกลุ่มอย่างมากที่สุด 12 คน หรือถ้ามากกว่านั้นไม่ควรเกิน 15 คน (Ottaway, 1966 อ้างถึงใน ชมานันท์ บัวงาม, 2539)

7. สิ่งแวดล้อมในการทำกลุ่ม ไม่ควรมีเสียงรบกวน จัดแยกเป็นสัดส่วน สร้างบรรยากาศให้เหมาะสม โดยให้สมาชิกในกลุ่มและผู้นำกลุ่มกำหนดวัน เวลา และสถานที่ที่แน่นอน ซึ่งระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม คือ 45 นาที ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและความพึงพอใจของสมาชิกในกลุ่ม (Corey and Corey, 2006)

ประโยชน์ของกระบวนการกลุ่ม สามารถสรุปได้ดังนี้ (กาญจนา ไชยพันธุ์, 2549)

1. กระบวนการกลุ่มช่วยพัฒนาตัวบุคคล ได้แก่

1.1 การตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ความต้องการความปลอดภัย และความต้องการการเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในกลุ่ม

1.2 ช่วยสร้างและพัฒนาทักษะทางด้านอารมณ์และสังคม โดยฝึกให้สมาชิกในกลุ่มรู้จักเก็บอารมณ์ การแสดงออกตามกาลเทศะ การพูดคุยกักทหายและการแสดงสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม

1.3 ช่วยพัฒนาด้านทัศนคติ ความสนใจ และความสามารถ โดยการระงับสิ่งที่ตนเองไม่ชอบ เช่น ไม่ชอบคนมาก ไม่ชอบทำในบางสิ่งบางอย่าง ไม่ชอบฟังผู้อื่น ฯลฯ แต่เมื่ออยู่ในกลุ่มต้องรู้จักฟังผู้อื่น ซึ่ขมผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการด้านทัศนคติขึ้น

1.4 ช่วยพัฒนาคุณค่าทางด้านอาชีพ โดยการฝึกให้มีการกล้าแสดงออก ฝึกการตัดสินใจ เช่น ในกลุ่มผู้บริหารใช้ในการพัฒนาความเป็นผู้นำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการทำงานหรือวิชาชีพได้

1.5 ช่วยพัฒนาด้านความรู้และทักษะต่างๆ ในการเข้าร่วมกลุ่มสมาชิกทุกคนต้องให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่มและเคารพในกฎเกณฑ์ของกลุ่ม เช่น การเป็นผู้ฟังที่ดี การรับความรู้จากผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ช่วยให้สมาชิกมีความรู้เพิ่มขึ้นจากการฟัง และมีการพัฒนาทักษะการร่วมทำกิจกรรมไปพร้อมกันกับสมาชิกในกลุ่ม

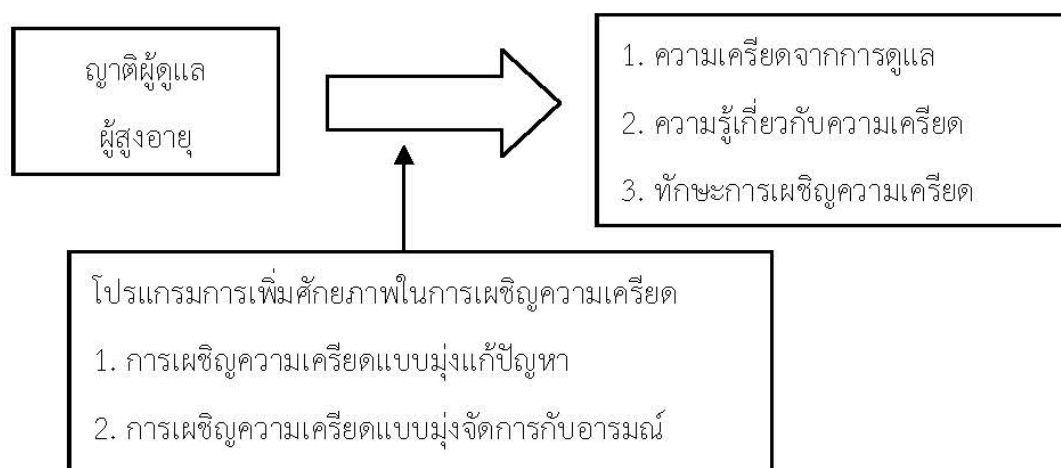
2. กระบวนการกลุ่มมีคุณค่าในการวินิจฉัย โดยสมาชิกสามารถประเมินตนเอง ประเมินความสามารถ ประเมินขอบเขตในการกระทำของตนเอง ช่วยให้ค้นพบตนเองและเข้าใจตนเองมากขึ้น

3. กระบวนการกลุ่มมีคุณค่าในการบำบัด โดยนำมาใช้ในบุคคลที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์และผู้ป่วยทางจิต

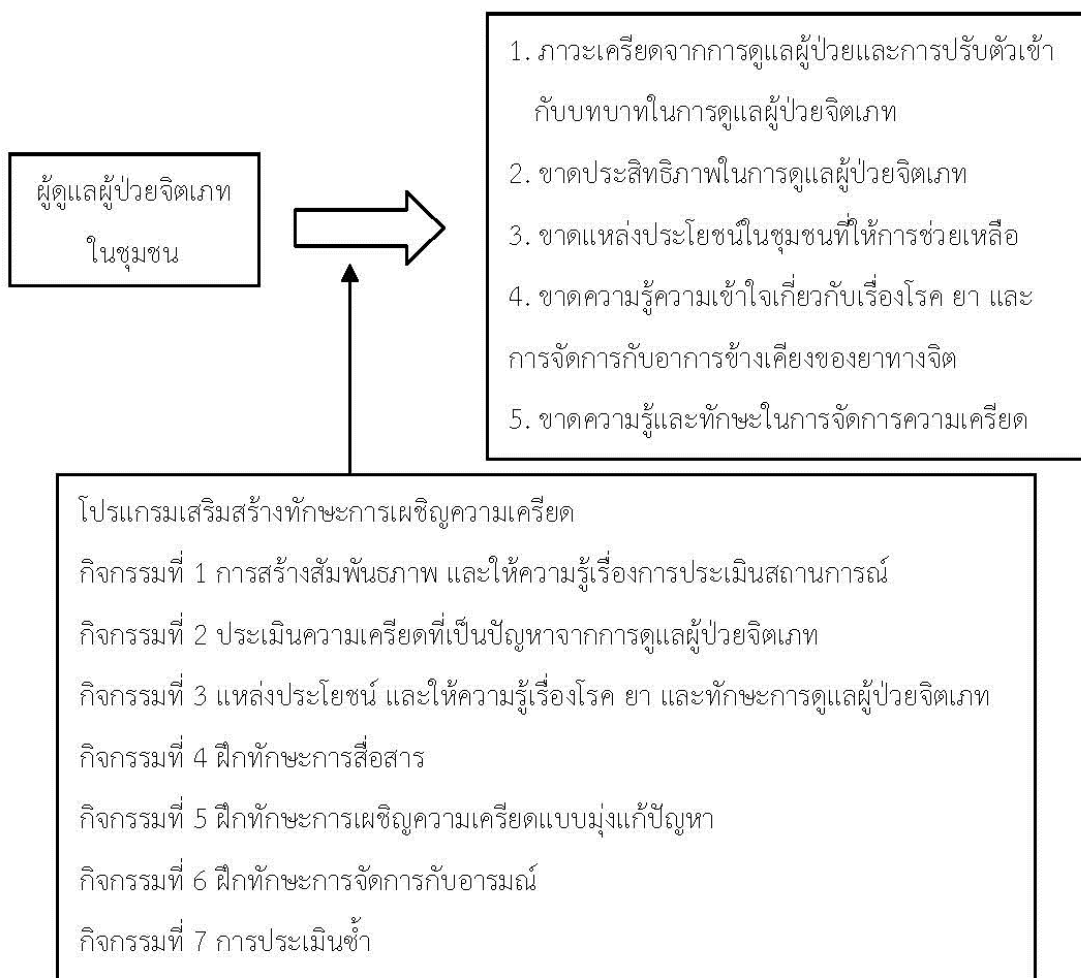
4. กระบวนการกลุ่มมีคุณค่าในการศึกษา ได้แก่ ฝึกการทำงานร่วมกับผู้อื่น ฝึกทักษะความเป็นผู้นำหรือการเป็นผู้ตามที่ดี การมีสัมพันธภาพที่ดี และการเป็นสมาชิกที่ดีของกลุ่ม โดยเน้นให้

สมาชิกเกิดการเรียนรู้เมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่นเพื่อทำงานหรือมีการจัดกิจกรรมเสริมจากการเรียน

สรุปแนวคิดของอภิชา แซ่มซ้อย (2550) เปรียบเทียบกับโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของอภิชา แซ่มซ้อย (2550)



6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สกาวรัตน์ พวงจันทร์ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาเด็กป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรคหัวใจ โรคกลุ่มอาการเนโฟรติก และโรคหอบหืด ที่พาบุตรมารับการรักษาที่คลินิกเฉพาะโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาเด็กป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.29, p<.01$) ส่วนอายุของมารดา รายได้ของครอบครัว อายุเด็กป่วย ระยะเสลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ทูลกา บุปผาสังข์ (2545) ศึกษาภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า ภาวะเชิงปรนัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้ารักษาตัวซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นิศากร แก้วพิลา (2545) ศึกษาความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 43 คน พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 83.72

พรชัย ทูมมา (2548) ศึกษาเรื่องการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน พบว่า กลุ่มการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิชา แซ่มซ้อย (2550) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ในเขตเทศบาลตำบลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จินตนา จักรปิง (2552) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อจำนวนวันในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาน จำนวน 40 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บุษกุล ศุภอักษร (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน ดำเนินการกลุ่ม 7 ครั้ง ได้แก่ การผ่อนคลาย การรับประทานยา การจัดการกับอาการทางจิต การเสริมสร้างความเข้มแข็งของร่างกาย การบริหารเงินและเวลา การสื่อสาร และการเผชิญกับการรับรู้ตราบาป พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดมีคะแนนการทำหน้าที่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนันทา นวลเจริญ (2553) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในผู้ดูแลที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน พบว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แก้วตา มีศรี (2554) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช พบว่า อายุ ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ส่วนเพศและความรู้ในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

ธัญชนก เต่าทอง (2554) ศึกษาเรื่องผลของสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 40 คนโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน พบว่า ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรทิพย์ ไชสะอาด (2555) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดีมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้ง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องความเครียดและการฝึกทักษะการผ่อนคลาย การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย การจัดการกับอาการทางจิต การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา การแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวัน การฝึกทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ พบว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Petchtone (2004) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในโรงพยาบาล ศิริราช จำนวน 30 คน พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Lalana (2007) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น โดยกลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนในโรงเรียนศรียานุสรณ์ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 คน ใช้แนวคิดของ Lewinson, Hoberman and Hutzinger (1985) ซึ่งโปรแกรมนี้ให้สุขภาพจิตศึกษาและเทคนิคของการบำบัดทางความคิด (Cognitive Behavior Therapy) ประกอบด้วย 11 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดและภาวะซึมเศร้า ความคิดทางด้านลบ การหยุดความคิด การเปลี่ยนความคิดให้เป็นทางบวก การผ่อนคลายความเครียด ทักษะการสื่อสาร ทักษะความเชื่อมั่นในตนเอง ทักษะการเผชิญความเครียด(ครั้งที่ 1) ทักษะการเผชิญความเครียด (ครั้งที่ 2) และประเมินผล พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Christina et al. (2014) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อหญิงตั้งครรภ์ โดยกลุ่มตัวอย่างคือนักหญิงตั้งครรภ์ในระยะที่ 2 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด 6 สัปดาห์ จำนวน 31 คน (การผ่อนคลายด้วยการหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยมีการฝึก 2 ครั้ง/วัน) และกลุ่มควบคุม จำนวน 29 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการผ่อนคลายมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัญหาตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแก้วตา มีศรี (2554) พัฒนามาจากแบบประเมินตามแนวคิดของ Ever et al.(1985) แปลเป็นภาษาไทยโดยสมจิต หนูเจริญกุล ทั้งนี้ในการจัดการกับปัญหานี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ร่วมกับการประยุกต์จากโปรแกรมที่อภิชา แซ่มซ้อย (2550) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีการจัดการกระทำกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ปัจจัย คือ 1) ความเครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้ดูแล 2) การขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเผชิญความเครียด 3) การขาดความรู้เรื่องโรคและทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดลดลง และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งแสดงในแผนภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984)

1. การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal)

มีกิจกรรมดังนี้

- 1.1 การสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ ระเบียบ และประโยชน์ที่จะได้รับ
- 1.2 ประเมินความเครียดและประสบการณ์การดูแล และสถานการณ์ที่เป็นปัญหา

จากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และสรุปปัญหา

2. ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) มีกิจกรรมดังนี้

- 2.1 พัฒนาความสามารถในการดูแล ให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ในชุมชน โรคจิตเภทและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สร้างความรู้ ความเข้าใจ และฝึกทักษะเรื่องอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้น
- 2.2 พัฒนาทักษะการสื่อสาร ให้ความรู้เรื่องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.3 พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ให้ความรู้เรื่องความเครียด การเผชิญความเครียด และ ฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหอย่างเป็นขั้นตอน และสรุปขั้นตอนให้ชัดเจน
- 2.4 พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียด พร้อมทั้งฝึกทักษะด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจ

3. การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เพื่อทบทวนความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และวิธีการจัดการกับสถานการณ์

ความสามารถ
ในการดูแล
ของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิต
เภท

ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) โดยใช้การศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังจากการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด (The pretest – posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง
กลุ่มควบคุม

O ₁	X	O ₂
O ₃		O ₄

โดย

O₁ หมายถึง คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

O₂ หมายถึง คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

O₃ หมายถึง คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₄ หมายถึง คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงในชุมชนอำเภอบ้านลาด ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็น

กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้ากลุ่มตัวอย่าง

Inclusion criteria

1. เป็นผู้ดูแลเพศชายหรือหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 20 – 59 ปี ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยตรง ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ จากการดูแล
2. มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร สามี ภรรยา ที่ให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ จากการดูแล
3. สามารถเข้าใจภาษาไทยและพูดคุยโต้ตอบได้ รวมทั้งไม่มีปัญหาทางการได้ยิน และการมองเห็น
4. มีคะแนนความเครียดตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป (ระดับปานกลางขึ้นไป) โดยวัดจากแบบประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต
5. สม่ครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

Exclusion Criteria

1. ผู้ร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย
2. ผู้ร่วมการวิจัยไม่สามารถดำเนินการตามโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้ จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis of Simple Size) โดยใช้การคำนวณจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (รัตนศิริทาโต, 2552) ซึ่งจากการศึกษาของอภิชา แซ่มซ้อย (2550) ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 82.39 % และมีโอกาสเกิดการคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 17.60% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มจำนวน 10 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน แต่เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่พอที่จะมี

การกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติและป้องกันการไม่มาเข้าร่วมโปรแกรมฯ (dropout) ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ บ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี โดยพิจารณาตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pairs) ได้แก่ อายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแล เนื่องจากทั้ง 2 ตัวแปรมีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน (รัตนศิริ ทาโต, 2552) และอาจมีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

3.1 อายุของผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (แก้วตา มีศรี, 2554) และเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงวุฒิภาวะของบุคคลที่จะจัดการเกี่ยวกับเรื่องราวหรือปัญหาต่างๆ โดยผ่านการรับรู้ การแปลความหมาย การทำความเข้าใจ และการตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุด (Orem, 1991อ้างถึงในทุลภา บุปผาสังข์, 2545 หน้า 28)

3.2 ระยะเวลาในการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน (แก้วตา มีศรี, 2554) และมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วย (Charalampos et al., 2012)

4. ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากทีละคู่ เพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และดำเนินการจนครบ 20 คู่

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน และเครื่องมือที่สร้างขึ้น นำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โดยมีคณะกรรมการพิจารณา ได้แก่ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี คณะอาจารย์ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี คณะอาจารย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เกสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ เมื่อพิจารณาผ่านการเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย จึงได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนของการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งการขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะสิ้นสุดกิจกรรมได้ โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการการรักษาพยาบาล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
2. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Ever et al., 1985)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดของอภิชา แซ่มซ้อย (2550) โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนดำเนินการสร้างโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด และการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ดังนี้

- 1.1 ศึกษาตำรา งานวิจัย และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ในเรื่องทฤษฎีความเครียด สาเหตุการเกิดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแล รูปแบบการเผชิญความเครียด และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียดได้

1.2 กำหนดรายละเอียด ขั้นตอน และระยะเวลาในการทำกิจกรรมทุกขั้นตอน ประกอบด้วยขั้นตอนของโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ ความรู้ในเรื่องลำดับขั้นตอนตามกระบวนการประเมินสถานการณ์ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดูแลเป็นสิ่งที่เป็นอันตรายเสียหาย หรือเป็นความท้าทาย และส่งผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างไรต่อผู้ดูแล ความรู้ในเรื่องประเภทของแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสำคัญ และการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการสื่อสารทางด้านบวก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการทำกิจวัตรประจำวัน และเปรียบเทียบการสื่อสารทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบ ความรู้ในเรื่องความเครียดและฝึกทักษะการเผชิญความเครียดทั้งสองแบบ คือ แบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกการหายใจ โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมจำนวน 7 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที

1.3 สร้างโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด โดยผู้ศึกษาวิจัยมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เนื้อหาและขั้นตอนในการทำกิจกรรมของโปรแกรมฯ มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยนำแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ซึ่งต้องผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลนั้น (cognitive appraisal) ว่าสามารถพิจารณาตัดสินใจถึงความสำคัญของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร กระบวนการนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของบุคคล โดยหากประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่มีความสำคัญต่อตนเอง (irrelevant) หรือเป็นสถานการณ์ที่มีผลดีต่อตนเอง เช่น ทำให้มีกำลังใจหรือมีความสุขในชีวิต (Benign positive) บุคคลก็มักตัดสินใจว่าไม่ต้องจัดการใดๆ กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่หากประเมินว่าสถานการณ์นั้นอาจก่อให้เกิดอันตราย เกิดความเสียหาย หรืออาจเป็นอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมได้ แสดงว่าบุคคลได้ตีค่าสถานการณ์นั้นว่าเป็นภาวะที่เครียด (stressful) ต่อตนเอง (stressful) ทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นทันที 2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และจัดการกับสถานการณ์เครียดที่ตนรับรู้ โดยใช้วิธีใดๆ ก็ตามที่ทำให้เกิดความสำเร็จตามที่ตนเองต้องการ หรืออาจเป็นการประเมินต่อเนื่องมาจากขั้นปฐมภูมิก็ได้ว่าจะทำอย่างไรกับสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อบุคคลนั้น 3) การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วบุคคลจะประเมินซ้ำ เพื่อพิจารณาสถานการณ์ว่ายังมีอันตรายอยู่หรือลดลง เพื่อใช้ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

ที่พัฒนาขึ้นได้ปรับกิจกรรมให้ตรงตามแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ทั้ง 3 ขั้นตอน ประกอบด้วยการทำกิจกรรม 7 ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ระเบียบ ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถ

1. มีความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป
2. บอกวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ระเบียบ ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับหลังการเข้าร่วมกิจกรรม
3. บอกถึงขั้นตอนของกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความไว้วางใจและความคุ้นเคยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการใช้สื่อสารทั้งทางด้านภาษาและท่าทาง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป ซึ่งผู้วิจัยแนะนำตนเอง และบอกวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ระเบียบ ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น 3 ขั้นตอน คือ การประเมินขั้นปฐมภูมิ การประเมินขั้นทุติยภูมิ และการประเมินซ้ำ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจในการประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นตามลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนมากขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1/1 กระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล
2. นำเสนอโดย Power Point

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพและบรรยากาศที่เป็นมิตร ด้วยการสบตา ยิ้มแย้มแจ่มใส และพูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร โดยการซักถามเรื่องทั่วไปเป็นรายบุคคล เช่น “วันนี้อากาศเป็นอย่างไรบ้างคะ” “เดินทางมากันอย่างไรคะ” “ระยะทางจากบ้านมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไกลไหมคะ” เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ
2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มแนะนำตัว หลังจากแนะนำตัวให้สมาชิกปรบมือเป็นกำลังใจ โดยผู้วิจัยให้ความสนใจด้วยการสบตา และตั้งใจฟังในขณะที่สมาชิกทุกคนแนะนำตัว
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดในแต่ละกิจกรรม ระเบียบ ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม
4. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิดตามใบความรู้ที่ 1/1
5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มซักถาม
6. ผู้วิจัยแจ้งวัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม ความสนใจ การซักถาม และการร่วมแสดงความคิดเห็น

กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลตามการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ว่าส่งผลกระทบอย่างไรต่อผู้ดูแลจากการประเมินว่าเป็นความเครียด
3. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสำรวจปัญหา อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงต่อผู้ป่วยจิตเภทจากการประเมินว่าเป็นความเครียด

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถ

1. ประเมินความเครียดด้วยตนเองได้ และทราบว่าตนเองมีความเครียดอยู่ในระดับใด ควรใช้แนวทางในการแก้ไขอย่างไร

2. บอกถึงวิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองหลังให้การดูแลผู้ป่วยได้

3. บอกถึงปัญหา หรือสถานการณ์จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้

สาระสำคัญ

ความเครียด เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสิ่งเร้าที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ จนทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ภายในร่างกายเพื่อปรับตัวต่อสิ่งนั้นๆ ซึ่งการปรับตัวจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ ระดับของความเครียด ความรู้ และประสบการณ์ในการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็น ความเครียดต่อตนเองหรือไม่ โดยมีการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ เป็นต้น ทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ การแสดงอารมณ์เครียด ซึมเศร้า เป็นต้น ทางด้านสังคม ได้แก่ ไม่ได้ไปทำบุญ ไม่ได้ไปร่วมประเพณีต่างๆ หรือการเข้าร่วม กิจกรรมในชุมชน ทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ผู้ดูแลมีรายได้ลดลง จากการให้การดูแลผู้ป่วย

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 เครียดแล้วเป็นอย่างไร
2. ใบงานที่ 2/2 สำรวจปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบความรู้ที่ 2/1 แบบวัดระดับความเครียดด้วยตนเอง
4. ดินสอ/ปากกา สำหรับการทำกิจกรรม

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยพูดคุยทักทายสร้างสัมพันธภาพ “วันนี้ เดินทางมากันอย่างไรคะ” ครั้งที่แล้วได้ พูดคุยกันเรื่องอะไรบ้างคะ วันนี้เราจะมาพูดคุยถึงสาเหตุของความเครียด ผลกระทบที่เกิดขึ้นจาก ความเครียด และวิธีการจัดการกับความเครียด

2. ผู้วิจัยบอกระดับความเครียดจากการประเมินเป็นรายบุคคล วิธีการแก้ไขความเครียดใน แต่ละระดับ และสรุปรวมทั้งกลุ่มว่ามีความเครียดในระดับใดมากที่สุด โดยใช้แบบประเมินระดับ ความเครียดที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มมาสรุปให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจาก ความเครียดที่แสดงออกมาให้เห็นทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทางด้านสังคม และ ทางด้านเศรษฐกิจ ตามใบความรู้ที่ 2/1

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่าทำอะไร ตามใบงานที่ 2/1
4. ผู้วิจัยสรุปวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างถูกต้อง
5. ผู้วิจัยสรุปผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ทางด้านสังคม และทางด้านเศรษฐกิจ
6. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สำรวจสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามใบงานที่ 2/2
7. สรุปสถานการณ์ที่ผู้ดูแลประเมินว่าเป็นความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม เพื่อนำไปใช้ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป
8. เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และแจ้งวัน เวลา และสถานที่ ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม การร่วมแสดงความคิดเห็น และการซักถามปัญหาต่างๆที่ผู้ดูแลผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสถานการณ์ปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงประเภทของแหล่งประโยชน์ และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการแสดง และการรักษาของโรคจิตเภท รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ในเรื่องยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา
4. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถ

1. บอกถึงประเภทและความสำคัญของแหล่งประโยชน์ได้

2. บอกถึงสาเหตุ อาการแสดง และการรักษาโรคจิตเภท รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

3. บอกถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยาได้

สาระสำคัญ

แหล่งประโยชน์ที่บุคคลสามารถหาได้ในชุมชน เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลนำมาใช้ในการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งแหล่งประโยชน์ถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น หากมีความพร้อมของด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรที่จำเป็นต่างๆ ด้านการเงิน อุปกรณ์ คนช่วยเหลือ และทักษะด้านอารมณ์ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลสามารถหาได้ในชุมชน

ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ อาการแสดง ยาผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และนำไปสู่การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้บ่อยครั้ง ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการรักษา และมีความพร้อมในด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ส่งผลให้ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย และลดความเครียดจากการดูแลได้อีกประการหนึ่ง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
2. ใบงานที่ 3/2 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
3. ใบงานที่ 3/3 เรียนรู้และเข้าใจโรคจิตเภทกันเถอะ
4. ใบงานที่ 3/4 การจับคู่บัตรคำ
5. ใบความรู้ที่ 3/1 ความสำคัญของแหล่งประโยชน์
6. ใบความรู้ที่ 3/2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
7. ใบความรู้ที่ 3/3 ยานี้สำคัญไฉน
8. ดินสอ/ปากกา สำหรับการทำกิจกรรม
9. นำเสนอโดย Power Point

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยท้าทาย “วันนี้อากาศเป็นอย่างไรบ้างคะ” วันนี้ขอเพิ่มเวลาในการกิจกรรมมากกว่าครั้งที่แล้วนะคะ และเปิดโอกาสให้ทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ตามใบงานที่ 3/1
2. ผู้วิจัยบอกคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และสรุปรวมทั้งกลุ่ม
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ทำแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ตามใบงานที่ 3/2
4. ผู้วิจัยบอกคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และสรุปรวมทั้งกลุ่ม

5. ผู้วิจัยให้ความรู้ ในเรื่องความหมาย ประเภท และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ ตามใบความรู้ที่ 3/1 และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่อยู่ในชุมชน ที่ตนเองนึกถึง

6. ผู้วิจัยสรุปถึงประเภท และความสำคัญของแหล่งประโยชน์ ที่สามารถให้การช่วยเหลือ ผู้ดูแลในชุมชนได้

7. ผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ อาการแสดง และการรักษาของโรค จิตเภท ตามใบความรู้ที่ 3/2 และประเมินความรู้ที่ได้รับ ตามใบงานที่ 3/3

8. ให้ความรู้ทั่วไปเรื่องยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยาตามใบความรู้ที่ 3/3

9. ผู้วิจัยฝึกทักษะเรื่องอาการข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา โดยให้สมาชิกจับคู่บัตรคำระหว่างอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้น ตามใบงานที่ 3/4

10. เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล
ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจในการฟัง การร่วมแสดงความคิดเห็น การซักถาม ปัญหาต่างๆ และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มหาวิทยาลัย

ระยะเวลา 60 นาที LONGKORN UNIVERSITY

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการสื่อความหมายที่เข้าใจตรงกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถ

1. บอกถึงประโยชน์ของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้
2. บอกถึงเทคนิคของการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้

สาระสำคัญ

การสื่อสารในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญ เพราะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ดูแลควรใช้การสื่อสารให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย โดยการหลีกเลี่ยงการสื่อสารทางด้านลบ ได้แก่ การประชดประชัน เจ้ากี้เจ้าการ การเปรียบเทียบ เป็นต้น และการแสดงอารมณ์หรือทางพฤติกรรม เช่น สีหน้าบึ้งตึง หรือเฉยเมย เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ ดังนั้นผู้ดูแลควรมีทักษะด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าใจตรงกัน และป้องกันการกลับไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อีกด้วย

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 สถานการณ์จำลอง 1 “การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ”
2. ใบงานที่ 4/2 สถานการณ์จำลอง 2 “การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ”
3. ใบความรู้ที่ 4/1 การสื่อสารนั้นสำคัญไฉน
4. ใบความรู้ที่ 4/2 เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
5. ดินสอ/ปากกา สำหรับการทำกิจกรรม
6. นำเสนอโดย Power Point

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในกลุ่ม และเปิดโอกาสให้พูดคุยเรื่องทั่วไป และทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งที่แล้ว
2. แสดงบทบาทสมมติ โดยขออาสาสมัครจากสมาชิกในกลุ่ม จำนวน 2 คน แสดงตามใบงานที่ 4/1 และ ใบงานที่ 4/2 และให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นว่าบทบาทสมมติที่แสดงเป็นการสื่อสารที่ดีหรือไม่ เพราะอะไร
3. ผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเรื่องการสื่อสารนั้นสำคัญไฉน ตามใบความรู้ที่ 4/1 ดังนี้
 - รูปแบบของการสื่อสาร
 - ประโยชน์ของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
 - เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการสื่อสารทางด้านบวกและด้านลบ
4. ผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเรื่องเทคนิคของการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ ตามใบความรู้ที่ 4/2
5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่ใช้ปฏิบัติเมื่ออยู่กับผู้ป่วยที่บ้าน และสรุปเทคนิคการสื่อสารที่ควรใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
6. เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น การซักถาม ปัญหาต่างๆ และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ในเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดทั้งสองแบบ
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีทักษะการเผชิญความเครียดโดยใช้แนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถ

1. บอกถึงรูปแบบของการเผชิญความเครียด ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ได้
2. บอกถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

สาระสำคัญ

ความเครียด เป็นภาวะที่บุคคลต้องเผชิญกับสิ่งเร้าซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ จนทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายเพื่อปรับตัวต่อสิ่งนั้นๆ ซึ่งการปรับตัวจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับระดับของความเครียด ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความสำคัญ เนื่องจากมีผลกระทบโดยตรงต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขในเรื่องความเครียดนี้ ย่อมส่งผลให้ขาดประสิทธิภาพในการดูแล เช่น ขาดการเอาใจใส่หรือ มีการละเลยที่จะดูแลผู้ป่วยได้ และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยมีปัญหาในเรื่องการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเผชิญความเครียด จึงมักใช้วิธีการแก้ไขปัญหาความเครียดโดยใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์ ซึ่งอาจช่วยให้ความเครียดลดลงได้เพียงชั่วคราว ในขณะที่ปัญหาการดูแลผู้ป่วยยังคงอยู่ ดังนั้นการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยการคิด วิเคราะห์ตามการรับรู้และเลือกวิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา โดยมีการวางแผนก่อนที่จะกระทำการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งมีขั้นตอนใน

การแก้ไขปัญหา ได้แก่ การทำความเข้าใจปัญหา การวางแผนในการแก้ปัญหา การดำเนินการ และการตรวจสอบผลลัพธ์ การมีทักษะในการแก้ไขปัญหา และมีทักษะการเผชิญความเครียด จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย และส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5/1 แบบประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียด
2. ใบงานที่ 5/2 ปัญหาสามารถแก้ไขได้
3. ใบงานที่ 5/3 คิดก่อนทำหรือทำก่อนคิด
4. ใบความรู้ที่ 5/1 ความเครียดและการเผชิญความเครียด
5. ดินสอ/ปากกา สำหรับการทำกิจกรรม
6. นำเสนอโดย Power Point

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในกลุ่ม และเปิดโอกาสให้พูดคุยเรื่องทั่วไป และมาทบทวนกันนะคะว่าได้รับความรู้อะไรบ้างในกิจกรรมครั้งที่แล้ว
2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ทำแบบประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียด ตามใบงานที่ 5/1 และบอกคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดเป็นรายบุคคล
2. ผู้วิจัยสรุปว่าสมาชิกในกลุ่มมีความสามารถในการเผชิญความเครียดแบบใดเป็นส่วนใหญ่
3. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความหมายของความเครียด รูปแบบการเผชิญความเครียด ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ตามใบความรู้ที่ 5/1
4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยใช้สถานการณ์ตัวอย่าง และสถานการณ์ตัวอย่าง จากกิจกรรมที่ 2 นำมาวิเคราะห์ตามขั้นตอนที่ได้รับความรู้ตามใบความรู้ที่ 5/1 และเขียนในใบงานที่ 5/2
5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเผชิญความเครียดกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านร่วมกัน และอธิบายงานที่ต้องนำมาส่ง ในครั้งต่อไปจากใบงานที่ 5/3 เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน วิธีการจัดการ และผลลัพธ์จากการกระทำนั้น
6. ผู้วิจัยสรุปแนวทางในการเผชิญความเครียด ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดทั้งสองแบบ
7. เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น การซักถามปัญหาต่างๆ และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทราบแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถ

1. บอกถึงวิธีการคลายความเครียดแบบต่างๆ และแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ
2. มีทักษะในการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด และสามารถเลือกวิธีการคลายความเครียดที่เหมาะสมได้

สาระสำคัญ

ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลนั้นเกิดความเครียดมากในช่วงเวลาที่ยังแก้ปัญหาไม่ได้ ส่งผลให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ อารมณ์หงุดหงิด โกรธ เสียใจ ไม่มีสมาธิ ฯลฯ แต่เมื่อแก้ปัญหาได้แล้วอาการเหล่านี้ก็จะหมดไป ดังนั้นการฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็น การระบายออกทางอารมณ์ในทางที่เหมาะสม สามารถระงับและควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น โดยเทคนิคการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียดมีอยู่หลายวิธีด้วยกัน เช่น การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดคลายเครียด การใช้จินตนาการ และการใช้ดนตรีบำบัด ซึ่งแต่ละวิธีมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน เพียงผู้ฝึกเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งที่ชอบ และทำแล้วรู้สึกว่าจะช่วยให้คลายเครียดได้เท่านั้นก็พอ เมื่อฝึกการคลายเครียดไปสักระยะหนึ่ง ผู้ที่ได้รับการฝึกจะรู้สึกได้ว่าการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น ใจเย็นลง สบายใจขึ้น สมาธิดีขึ้น ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างดีขึ้น ฯลฯ ส่งผลให้ผู้ดูแลลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลงได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 6/1 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกหายใจ
2. ใบความรู้ที่ 6/1 วิธีคลายเครียด
3. ดินสอ/ปากกา สำหรับการทำกิจกรรม
4. นำเสนอโดย Power Point
5. CD การฝึกปฏิบัติคลายเครียดของกรมสุขภาพจิต

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในกลุ่ม และทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งที่แล้ว โดยใช้ใบงานที่ 5/3 สรุป เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน วิธีการจัดการ และผลลัพธ์จากการกระทำนั้น วันนี้ขอเพิ่มเวลาในการทำกิจกรรมมากกว่าครั้งที่แล้วนะคะ เนื่องจากมีการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด
2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ ตามใบความรู้ที่ 6/1
3. เปิดโอกาสให้สมาชิกทำกิจกรรมร่วมกัน โดยใช้การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ โดยให้สมาชิกฝึกการผ่อนคลายความเครียด ด้วยเทคนิคการฝึกการหายใจ และเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ตามใบงานที่ 6/1 และ CD การฝึกปฏิบัติคลายเครียด
4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นว่ามีความรู้สึอย่างไรหลังจากได้รับการฝึกการผ่อนคลายความเครียด
5. ผู้วิจัยบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกการผ่อนคลายเครียดในครั้งนี้ และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย
6. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น การซักถามปัญหาต่างๆ และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 7 การประเมินซ้ำ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ทบทวนความรู้ที่ได้รับในทุกกิจกรรม และนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินสถานการณ์เดิมอีกครั้ง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถแยกแยะถึงผลดีและผลเสียที่เกิดจากการประเมิน

สถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง

3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเข้าใจ มั่นใจ มีทักษะ และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถ

1. อธิบายถึงความรู้ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง
2. บอกถึงผลดีและผลเสียที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ได้
3. มีทักษะ และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น

สาระสำคัญ

การประเมินซ้ำถือได้ว่าเป็นวิธีที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่จากการได้รับความรู้และการฝึกทักษะในการดูแลของแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมา และบุคคลจะประเมินซ้ำ เพื่อพิจารณาสถานการณ์นั้นว่ายังมีอันตรายอยู่หรือลดลง โดยสามารถแยกแยะได้ว่าการประเมินสถานการณ์ที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างไรบ้าง ซึ่งถือได้ว่าเป็นการประเมินขั้นปฐมภูมิใหม่อีกครั้งหนึ่ง จึงทำให้มีการตัดสินใจที่ดีขึ้นในการเผชิญความเครียดในครั้งต่อไป เป็นการทบทวนความรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

การสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 7/1 ทดสอบความรู้และทักษะ
2. ใบงานที่ 7/2 สถานการณ์จากกิจกรรมที่ 2
3. ใบงานที่ 7/3 แบบประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย
4. ใบงานที่ 7/4 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
5. ดินสอ/ปากกา สำหรับการทำกิจกรรม
6. นำเสนอโดย Power Point

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในกลุ่ม วันนี้เราพบกันเป็นครั้งสุดท้ายแล้วนะคะ และเปิดโอกาสให้พูดคุยเรื่องทั่วไป

2. เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มทบทวนความรู้ที่ได้รับในกิจกรรมครั้งที่ 3-6 โดยให้สมาชิกจับฉลากตามหมายเลขหัวข้อเรื่อง แบ่งกลุ่มๆละ 2 - 3 คน และให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันสรุปกลุ่มละ 1 เรื่องๆละ 5 นาที ดังนี้

- แหล่งประโยชน์ที่อยู่ในชุมชน เรื่องโรคจิตเภท อาการ เรื่องยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา (3 คน)

- การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (2 คน)
- การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการแก้ไข้ปัญหา (3 คน)
- การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ และวิธีคลายความเครียด (2 คน)

3. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นตามหัวข้อในใบงานที่ 7/1

4. ผู้วิจัยใช้สถานการณ์ที่ประเมินจากกิจกรรมที่ 2 มาเป็นหัวข้อหลัก และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเมินสถานการณ์ซ้ำอีกครั้งว่าสิ่งที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่ออย่างไรบ้าง และผลเสียจากการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นภาวะเครียด

5. หลังสิ้นสุดกิจกรรมให้ทำแบบประเมินแบบประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย และแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทันที เพื่อประเมินผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนว่าเป็นอย่างไร

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น การซักถาม ปัญหาต่างๆ และการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content Validity Index:CVI) โดยนำโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) และจากการทบทวนวรรณกรรมของอภิชา แซ่มซ้อย (2550) ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบเนื้อหาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับแนวคิดที่ศึกษา หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสม ถูกต้อง ภาษาที่ใช้และความเหมาะสมของกิจกรรม และเวลาในแต่ละกิจกรรม

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบครบทั้ง 5 ท่านมีความคิดเห็นตรงกัน 4 ใน 5 และให้ข้อเสนอแนะผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ของเนื้อหา กิจกรรม

โดยมีประเด็นที่เป็นข้อเสนอแนะและการปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1. การเริ่มกิจกรรมครั้งใหม่ ควรเริ่มต้นด้วยการทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมา และความเชื่อมโยงในการเข้าสู่กิจกรรมในครั้งนั้นๆ

2. ควรทบทวนระยะเวลาแต่ละกิจกรรมให้พอเหมาะอยู่ในช่วงเวลา 60 - 90 นาที ในกิจกรรมครั้งที่ 1 ประมาณ 60 นาที แต่ครั้งต่อมาอาจเพิ่มเวลาได้ตามความเหมาะสมของกิจกรรม

เช่น กิจกรรมในครั้งที่ 3 มีเนื้อหาในกิจกรรมค่อนข้างมาก มีหลายกิจกรรม อาจพิจารณาเรื่องเวลา หรือปรับกิจกรรม หรืออาจแยกเป็น 2 ครั้ง เมื่อปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วให้เพิ่มระยะเวลาเป็น 60 – 90 นาที และย่อเนื้อหาให้น้อยลง โดยเน้นคำสั้นๆและเข้าใจง่าย

3. ใบงานที่ 5/3 ควรเพิ่มเติม “ผลลัพธ์” ที่เกิดขึ้นเมื่อท่านเลือกใช้วิธีการจัดการกับปัญหาที่ทำให้เครียดว่าเป็นอย่างไร

หลังจากได้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 4 คน โดยดำเนินการจนครบทั้ง 7 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ของกิจกรรมในการนำไปใช้จริง ความชัดเจนของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของ ระยะเวลาที่ใช้ และปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในการดำเนินการ หลังจากทดลองใช้โปรแกรมแล้วพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าใจในเนื้อหากิจกรรมได้ดีพอสมควร โดยผู้วิจัยทำการปรับภาษาเขียนให้เป็นภาษาพูดที่ทำให้เข้าใจง่ายขึ้น มีภาพอธิบายในเรื่องอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทำให้เข้าใจง่ายขึ้นหรือมีการยกตัวอย่างสถานการณ์ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าใจในเนื้อหาได้ง่ายขึ้น ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60 นาที ยกเว้นในกิจกรรมครั้งที่ 3 และ ครั้งที่ 6 ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้ (try out) ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริง

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

2.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยสุภาภรณ์

ทองดารา (2545) โดยการดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 16 ข้อ (ข้อ 1,2,4,5,6,7,8,10,11,12,15,17,18,22,24,25) และข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ (3,9,13,14,16,19,20,21,23,26) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ ซึ่งต่อมา แก้วตา มีศรี (2554) ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาของข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

คิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน และมีการแปลผลโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และอุษาวดี จันทรสณี (2537: 46-47) ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ระดับคะแนนร้อยละ 80 หรือมากกว่า	หมายถึง	มีความรู้ในระดับสูง
ระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 51-79	หมายถึง	มีความรู้ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์ในการกำกับการศึกษาไว้ว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ดูแลต้องมีคะแนนความรู้ในระดับปานกลางขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ทำการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน เพื่อทดสอบความตรงของเนื้อหาความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้อง และภาษาที่ใช้ โดยนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index:CVI) ซึ่งมีคะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย โดย ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้เขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างของแต่ละข้อ และนำมาตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันในระดับ 3 และ 4 โดยค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งถือว่ามี ความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Beck, 2004) ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index:CVI) โดยใช้สูตรดังนี้

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

ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาคำนวณความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .96 ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องและให้ผู้ตอบคำถามเข้าใจง่ายขึ้น โดยปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามดังนี้

ข้อ 12 ปรับปรุงแก้ไขจาก “ผู้ป่วยโรคจิตเภทบางราย มีอาการหลงผิด เช่น คิดว่ามีคน จะมาทำร้าย คิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญ มีอำนาจ เป็นต้น” เป็น “ผู้ป่วยโรคจิตเภทบางราย มีอาการหลงผิด เช่น คิดว่ามีคนจะมาทำร้าย คิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญ มีอำนาจเหนือกว่าคนอื่น เป็นต้น”

ข้อ 15 ปรับปรุงแก้ไขจาก “ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษา ถ้าไม่มีสิ่งกระตุ้น เช่น ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ หรือไปเสพยาเสพติด ผู้ป่วยก็จะมีอาการกำเริบ” เป็น “ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ถ้าไม่มีสิ่งกระตุ้น เช่น การกระทบกระเทือนทางจิตใจ หรือไปเสพยาเสพติด ผู้ป่วยก็จะมีอาการกำเริบ”

ข้อ 18 ปรับปรุงแก้ไขจาก “การพูดคุยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทและการให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วย” เป็น “การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทและการให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วย”

ข้อ 24 ปรับปรุงแก้ไขจาก “เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะต้องดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่าง

สม่าเสมอ” เป็น “ผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอ”

ข้อ 25 ปรับปรุงแก้ไขจาก “เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะต้องดูแลไม่ให้ผู้ป่วยเสพยาเสพติดทุกชนิด” เป็น “ผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลไม่ให้ผู้ป่วยเสพยาเสพติดทุกชนิด”

ข้อ 26 ปรับปรุงแก้ไขจาก “ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ พุดคนเดียว มีที่ทำไม่วีใจใคร ควรรอดูอาการไปก่อน จนถึงวันนัดจึงมาพบแพทย์” เป็น “ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ พุดคนเดียว มีที่ทำไม่วีใจใคร ผู้ดูแลควรรอดูอาการไปก่อน จนถึงวันนัดจึงมาพบแพทย์”

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณโดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (kuder-Richardson 20:Kr20) ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (Dixon, 2001) จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามนี้ พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

2.2 แบบประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ(2540) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้ดูแลสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่รู้สึกรู้สึกเครียด	ให้คะแนน 1 คะแนน
รู้สึกเครียดเล็กน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
รู้สึกเครียดปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
รู้สึกเครียดมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
รู้สึกเครียดมากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน

เกณฑ์การคิดคะแนน ใช้การคิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ โดยแบ่งออกเป็นระดับดังนี้

คะแนน 0 – 23 คะแนน	หมายถึง	มีความเครียดน้อย
คะแนน 24 – 41 คะแนน	หมายถึง	มีความเครียดปานกลาง
คะแนน 42–61 คะแนน	หมายถึง	มีความเครียดสูง
คะแนน 62 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	มีความเครียดรุนแรง

โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์ในการกำกับการศึกษาไว้ว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ดูแลต้องมีคะแนนความเครียดไม่เกินระดับปานกลาง

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สร้างตามแนวคิดของ Ever et al.(1985) แพลโดยสมจิต หนูเจริญกุล ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 21 ข้อ ซึ่งแก้วตา มีศรี (2554) นำมาพัฒนาเพื่อให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถของผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งวัดความสามารถในเรื่องความสนใจเอาใจใส่ในบุคคลที่ต้องพึ่งพาในฐานะผู้ดูแล รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ความเอาใจใส่เรื่องการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ความสามารถของผู้ดูแลในการจูงใจที่จะกระทำการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยมีเป้าหมายของการดูแลที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายที่ส่งผลดีต่อชีวิต สุขภาพ ความสามารถของผู้ดูแลที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล ความสามารถของผู้ดูแลในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากผู้รู้ ผู้ชำนาญการ และการนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติได้ ความสามารถของผู้ดูแลในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเองในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดลำดับกิจกรรมการดูแลโดยเรียงลำดับความสำคัญก่อนและหลัง ความสามารถของผู้ดูแลที่จะปฏิบัติการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และผสมผสานการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตทั้งในส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่ตรงกับตัวท่านเลย	ให้คะแนน 1 คะแนน
ตรงกับตัวท่านน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
ตรงกับตัวท่านปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
ตรงกับตัวท่านมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
ตรงกับตัวท่านมากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน

การแปลผล ใช้เกณฑ์ตามระดับคะแนนตามแนวคิดของสมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และ อุซาวดี จันทรสนธิ (2537: 46-47) ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80	มีความสามารถในระดับสูง
ระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 51-79	มีความสามารถในระดับปานกลาง
ระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50	มีความสามารถในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ทำการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน เพื่อ

ทดสอบความตรงของเนื้อหาความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้อง และภาษาที่ใช้ โดยนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งมีคะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย โดย ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้เขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างของแต่ละข้อ และนำมาตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันในระดับ 3 และ 4 โดยค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งถือว่ามี ความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Beck, 2004) ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้สูตรดังนี้

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

ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาคำนวณความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .95 ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขในข้อคำถามตามคำแนะนำของทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ผู้ตอบคำถามเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อ 5 ปรับปรุงแก้ไขจาก “ท่านปรับปรุงวิธีการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ” เป็น “ท่านปรับปรุงวิธีการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ”

ข้อ 7 ปรับปรุงแก้ไขจาก “ท่านให้การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น ดูแลให้ผู้ป่วยอาบน้ำ แปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้า เป็นต้น” เป็น “ท่านดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น ดูแลให้ผู้ป่วยอาบน้ำ แปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้า เป็นต้น”

ข้อ 8 ปรับปรุงแก้ไขจาก “ท่านตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบหรือก่อปัญหาารบกวน” เป็น “ท่านตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบหรือก่อปัญหาารบกวน”

ข้อ 11 ปรับปรุงแก้ไขจาก “ท่านมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์ ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงที่จะเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย” เป็น “ท่านไม่มีโรคประจำตัวที่จะเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย”

ข้อ 12 ปรับปรุงแก้ไขจาก “ท่านจัดสรรเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง” เป็น “ท่านจัดสรรเวลาในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม”

ข้อ 16 ปรับปรุงแก้ไขจาก “ท่านปรับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่านที่จะดูแลผู้ป่วย” เป็น “ท่านปรับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่ท่านให้การดูแล”

ข้อ 18 ปรับปรุงแก้ไขจาก “ท่านจะซักถามจนเข้าใจ เมื่อได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย” เป็น “ท่านมีการซักถามพยาบาล แพทย์ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายใน ซึ่งใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (Dixon, 2001) จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามนี้ พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงโรงพยาบาลนภากาศ จังหวัดสมุทรสงคราม และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี พร้อมส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และคู่มือโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตจัดทำโครงการภายหลังจากได้รับอนุญาต

1.2 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านความรู้เรื่องแนวคิดทฤษฎีการประเมินสถานการณ์ของลาซาลัสและโพล์คแมน ความหมายของโรคจิตเภท อาการ อาการแสดง ยา ผลข้างเคียง การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ เทคนิคเรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยได้ทำการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาลจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เป็นเวลา 1 เดือน และได้ทำการการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน เป็นเวลา 1 เดือน นอกจากนี้ได้มีการค้นคว้าข้อมูลจากหนังสือ ตำรา และงานวิจัยร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การวิจัยดำเนินตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี และฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลนภากาศ จังหวัดสมุทรสงครามเพื่อทดลองใช้เครื่องมือ และเตรียมติดต่อประสานงานกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.4 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับกลุ่มงานจิตเวชของโรงพยาบาลนภากาศ จังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่ม

ตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และทดลองใช้เครื่องมือในวันที่มีคลินิกจิตเวช คือ วันอังคารและวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของทุกเดือน

1.5 หลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีแล้ว ได้รับการอนุมัติในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2558

1.6 ประสานงานกับโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อขอข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

1.7 เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีแล้ว ผู้วิจัยติดต่อเข้าพบสาธารณสุขอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.8 ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรีและผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อลงเก็บข้อมูลในชุมชน

1.9 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนและตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมศึกษาวิจัย โดยได้ดำเนินการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ได้แก่ อายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแล เนื่องจากทั้ง 2 ตัวแปรมีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากความสามารถในการดูแลเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น และระยะเวลาที่ยาวนานจะช่วยให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ สามารถปรับตัวในบทบาทหน้าที่การดูแล และเกิดความชำนาญในการทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Orem, 2001 อ้างถึงในแก้วตา มีศรี, 2554 หน้า 32) ซึ่งเป็นการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน (รัตนศิริ ทาโต, 2552) แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.10 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched-pairs) ได้แก่ อายุของผู้ดูแล และระยะเวลา เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้

- 1) อายุ โดยให้แต่ละคู่อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี
- 2) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ 1-5 ปี, 5 ปี 1 เดือน - 10 ปี และ 11 ปีขึ้นไป

โดยมีการเปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการจับคู่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะในเรื่องอายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	อายุ	ระยะเวลาในการดูแล	อายุ	ระยะเวลาในการดูแล
1	40	2 ปี 6 เดือน	39	5 ปี
2	46	5 ปี	42	3 ปี
3	58	20 ปี	57	15 ปี
4	57	10 ปี	57	6 ปี
5	48	10 ปี	52	13 ปี
6	43	10 ปี 1 เดือน	43	10 ปี
7	47	10 ปี 2 เดือน	46	มากกว่า 10 ปี
8	48	2 ปี	46	1 ปี 3 เดือน
9	53	20 ปี	52	21 ปี
10	59	8 ปี	58	10 ปี
11	35	5 ปี 4 เดือน	33	5 ปี
12	59	18 ปี	59	30 ปี
13	37	20 ปี	38	22 ปี
14	48	6 ปี	51	8 ปี
15	42	2 ปี	37	1 ปี
16	56	5 ปี	55	1 ปี
17	59	5 ปี 6 เดือน	59	6 ปี
18	49	20 ปี	51	26 ปี
19	42	5 ปี	42	7 ปี
20	53	2 ปี	51	3 ปี
รวม $\bar{X} = 44.25$			รวม $\bar{X} = 48.40$	

2. ระยะดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินระดับความเครียดและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test)
2. ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่า จะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ระหว่างสัปดาห์ที่ 1-4 จากการมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และเรื่องปัญหาต่างๆจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. เมื่อครบกำหนดการทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในสัปดาห์ที่ 4 และแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินระดับความเครียดและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test)
2. หลังจากประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน และดำเนินการตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ซึ่งเป็นการฝึกซึ่งเป็นการฝึกทักษะการเผชิญความเครียด ฝึกทักษะการสื่อสาร ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ อาการแสดง ยา อาการข้างเคียงจากยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา สัปดาห์ละ 1- 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 – 90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยได้ทำการกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททันที
3. หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 ผู้วิจัยทำการประเมินหลังการดำเนินการวิจัย (Posttest) ทันที โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนนความสามารถในระดับสูง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างจะให้การให้คำปรึกษารายบุคคล จากนั้นจึงทำการประเมินซ้ำจนกว่าจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์
4. ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดตามวัน เวลา และสถานที่ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กำหนดการในการดำเนินการตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำรงค์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกระเจ็ด อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	25 มีนาคม 58	เวลา 09.00-10.00น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	25 มีนาคม 58	เวลา 13.00-14.00น.
ครั้งที่ 2 ประเมินความเครียดตามการรับรู้และประสบการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	25 มีนาคม 58	เวลา 10.00-11.00น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	25 มีนาคม 58	เวลา 14.00-15.00น.
ครั้งที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	1 เมษายน 58	เวลา 09.00-10.30น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	1 เมษายน 58	เวลา 13.00-14.30น.
ครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	1 เมษายน 58	เวลา 10.30-11.30น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	1 เมษายน 58	เวลา 14.30-15.30น.
ครั้งที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	7 เมษายน 58	เวลา 09.00-10.00น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	7 เมษายน 58	เวลา 13.00-14.00น.
ครั้งที่ 6 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	7 เมษายน 58	เวลา 10.00-11.30น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	7 เมษายน 58	เวลา 14.00-15.30น.
ครั้งที่ 7 การประเมินซ้ำ	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	16 เมษายน 58	เวลา 09.00-10.00น.
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	16 เมษายน 58	เวลา 13.00-14.00น.

เมื่อดำเนินการตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดเสร็จสิ้น สามารถสรุปรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม ได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์

ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ โดยการพูดคุย ชักถามเรื่องทั่วไป ผู้วิจัยแนะนำตนเองและให้สมาชิกในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแนะนำตัวทุกคน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดความไว้วางใจ ลดความกลัว ความวิตกกังวล ประเมินจากการแสดงสีหน้ายิ้มแย้มพูดคุยอย่างเป็นกันเอง และบอกว่าดีใจที่มีคนเห็นใจพวกเราที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิต หลังจากนั้นอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ระเบียบและระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม สมาชิกหลายคนบอกว่ายินดีเป็นอย่างมากที่มีการสอนในเรื่องโรคจิตเภท ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แหล่งประโยชน์ อาการ อาการแสดง ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา การรักษา การสื่อสารทางด้านบวก การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม และเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับพวกเรา ซึ่งไม่เคยมีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบโดยตรงมาพูดในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การให้คำปรึกษาในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวกับโรคจิตเภท และความต้องการขอความช่วยเหลือในบางเรื่อง แต่ยังมีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางคนนั่งเงียบ ไม่กล้าเปิดเผยเรื่องที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงกระตุ้นโดยการให้แสดงความคิดเห็นและร่วมกิจกรรมในกลุ่ม

ช่วงที่ 2 ให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์ ผู้วิจัยแจกแผนภาพให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มและอธิบายตามแผนภาพการประเมินขั้นปฐมภูมิ(การรับรู้) สมาชิกบอกว่ามันแล้วแต่ว่าแต่ละคนจะคิดยังไง เพราะว่าบางครั้งเรื่องที่เจอสามารถแก้ไขได้ เราก็ไม่เครียดแล้ว จึงให้สมาชิกในกลุ่มยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงขณะอยู่บ้าน ได้แก่

สมาชิกท่านที่ 1 บอกว่า “ฉันไม่ได้พักผ่อนเลย ไปไหนก็ไม่ได้”

สมาชิกท่านที่ 2 บอกว่า “ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา”

สมาชิกท่านที่ 3 บอกว่า “ผู้ป่วยเดินออกจากบ้านหายไป”

ผู้วิจัยอธิบายความหมายของภาวะเครียดทั้ง 3 ลักษณะที่มีความแตกต่างกัน คือ 1) เป็นอันตรายหรือสูญเสีย หมายถึง การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เกิดความเสียหายกับตนเองในเวลาปัจจุบัน 2) เป็นสิ่งคุกคาม หมายถึง การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าเป็นอันตรายหรืออาจเกิดการสูญเสียในอนาคต เช่น การกระทำที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น การสูญเสียความรัก เป็นต้น 3) เป็นความท้าทาย หมายถึง ความพยายามของบุคคลในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น และยกสถานการณ์ของสมาชิกทั้ง 3 คน ที่นำเสนอไว้มาให้พิจารณาว่าเป็นความเครียดในแบบใด เพื่อให้สมาชิกเข้าใจง่ายขึ้น

ผู้วิจัยอธิบายตามแผนภาพการประเมินขั้นทุติยภูมิ(ฉันจะทำอย่างไร) เมื่อรับรู้ว่าการสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความเครียดแล้ว เราจะทำอย่างไรกับปัญหานั้น สมาชิกเสนอความคิดเห็นว่า “ให้ช่วยเหลือตนเอง เช่น ผู้ดูแลควรกินยาเองเพื่อจะได้พักผ่อนบ้าง ให้ไปปรึกษาญาติ พี่น้อง หรือคนใกล้ชิดกับตนเอง หนีไปที่อื่น ตั้งกฎ เวลา หรือบังคับให้ผู้ป่วยทำ และอยู่เฉยๆไม่ทำอะไร รอดูไปก่อน” แล้วผู้วิจัยจึงพูดในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่ควรนึกถึงในชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) โรงเรียน วัดฯลฯ ซึ่งเป็นแหล่งที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ใกล้ชิดที่สุด และให้การช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย มีสมาชิกเสนอความคิดเห็นว่า “บางสถานที่ที่กล่าวมาไม่ได้นึกถึงเลย” หลังจากนั้นได้อธิบายถึงวิธีการเผชิญความเครียดว่ามี 2 รูปแบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ว่ามีความแตกต่างกันหากใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาด้วยกันหลายวิธี ซึ่งช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาได้โดยตรง เช่น การยอมรับปัญหา การค้นหาข้อมูล การใช้วิธีการแก้ปัญหาหลายวิธี เป็นต้น ส่วนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์หรือความรู้สึก เช่น การร้องไห้ การรับประทานอาหาร การแยกตัวเอง ฯลฯ จะทำให้ช่วยระบายความรู้สึกในขณะนั้นแต่ไม่ได้ช่วยแก้ไขปัญหาที่แท้จริง มีสมาชิกในกลุ่มหลายคนบอกว่า “แล้วแต่สถานการณ์หากแก้ไขปัญหาได้ก็พยายามหาทางแก้ไขไปก่อน หากคิดหาวิธีไม่ได้ก็หาคนที่ปรึกษาบ้างในบางครั้ง” ผู้วิจัยอธิบายต่อไปว่าหากเราสามารถใช้ในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมแล้วจะทำให้ผู้ดูแลปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นได้เป็นอย่างดีและส่งผลให้ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นนั้นลดลง หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายตามแผนภาพการประเมินซ้ำ เพื่อดูว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอีกครั้งหนึ่งว่า เรารับรู้ว่าการสถานการณ์นั้นเป็นภาวะเครียดจริงหรือไม่ เมื่อเกิดเป็นภาวะเครียดแล้ว จะหาสิ่งใดที่สามารถให้การช่วยเหลือได้บ้าง และควรใช้การเผชิญปัญหาในรูปแบบใด เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์นั้นได้อย่างถูกต้อง สมาชิกในกลุ่มหลายคนบอกว่า “ไม่มีใครคิดซ้ำอีกครั้งหรืออกมีแต่คิดแล้วทำเลย” ผู้วิจัยบอกว่า “วิธีการนี้เป็นการแสดงให้เห็นว่ามีกระบวนการอย่างไรในการคิดของแต่ละบุคคล ถ้าคิดตามขั้นตอนนี้จะช่วยให้เรารับรู้ว่าการเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเป็นปัญหาจริงๆหรือไม่ และควรใช้การแก้ไขอย่างไรจึงจะเหมาะสม

จากการสังเกต พบว่า สมาชิกในกลุ่มเริ่มมีการพูดคุยโต้ตอบและให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นกันเพียงเล็กน้อย

กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดตามการรับรู้และประสบการณ์จากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ช่วงที่ 1 ผู้วิจัยบอกคะแนนประเมินระดับความเครียดที่ใช้ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม พบว่า มีคะแนนระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง 12 คน ระดับสูง 8 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงสอบถามสมาชิกว่า “เมื่อท่านมีความเครียดแล้วจะส่งผลกระทบหรือมีอาการอย่างไรบ้าง” สมาชิกใน

กลุ่มมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ได้แก่ นอนไม่หลับ คิดมาก วิตกกังวล ปวดศีรษะ หางานทำให้มากขึ้น รู้สึกไม่สบายตัว ทำให้เราโกรธและโมโห ผู้วิจัยจึงบอกว่าสิ่งเหล่านี้แหละคืออาการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเกิดความเครียดจึงแสดงออกมาทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์ ถ้าหากเรามีอาการดังกล่าวเกิดขึ้นเราจะมีวิธีการแก้ไขอย่างไร มีผู้เสนอความคิดเห็น ดังนี้

“นอนไม่หลับ ก็ให้หายากินจะได้ช่วยให้หลับง่ายขึ้น”

“คิดมาก วิตกกังวล ปวดศีรษะ ให้หนีไปที่อื่นก่อนแล้วหาคนพูดคุยด้วย”

เมื่อให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียดแล้ว ผู้วิจัยจึงสรุปวิธีการที่ถูกต้องตามใบความรู้ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนไว้ 4 ระดับ ได้แก่ ความเครียดระดับน้อย ความเครียดระดับปานกลาง ความเครียดระดับสูง และความเครียดระดับรุนแรง พร้อมแนวทางในการแก้ไขเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นในแต่ละระดับ

จากการสังเกต พบว่า สมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นกันมากขึ้น ร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม และสามารถแนะนำประสบการณ์ที่ใช้ในการดำเนินชีวิตกับผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านมาเปิดเผยมากขึ้น

ช่วงที่ 2 สัมภาษณ์ปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อดำเนินการมาถึงขั้นตอนนี้แล้ว พบว่า ยังไม่เข้าใจกับความหมายของภาวะเครียดทั้ง 3 ลักษณะ คือ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นสิ่งคุกคาม เป็นความทำลาย ผู้วิจัยจึงอธิบายความหมายซ้ำอีกครั้งและยกตัวอย่างสถานการณ์ ทำให้สมาชิกเข้าใจได้ง่ายขึ้น เมื่อทำตามใบงานเสร็จแล้วผู้วิจัยจึงสรุปสถานการณ์ที่ผู้ดูแลประเมินว่าเป็นความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เรียงตามลำดับได้ดังนี้

“การจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ อาการทางจิตฯฯ”

“การจัดการกับปัญหาจากอาการข้างเคียงของการรับประทานยาโรคจิต เช่น นอนหลับทั้งวัน คอแห้ง กินน้ำมาก ฯลฯ”

“ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล เช่น มีโรคประจำตัว”

“ปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย”

เมื่อได้ปัญหามาแล้วให้สมาชิกในกลุ่มและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันว่าจะสามารถหาทางช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกได้อย่างไรบ้าง มีสมาชิกเสนอว่า “ต้องพูดจากับผู้ป่วยดีๆ ใช้การเยินยอบ้าง ให้กำลังใจบ้าง จะทำได้ตามที่ผู้ดูแลบอก” “คนที่มีโรคประจำตัวก็ให้ดูแลตัวเองให้ดีกว่าก่อนแล้วจึงค่อยดูแลผู้ป่วย” “หาคนมาดูแลแทนบ้างเป็นบางครั้งเพื่อจะได้ผลัดเปลี่ยนกัน”

จากการสังเกต พบว่า สมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นกันมากขึ้น ร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมตามใบงานที่ให้ และสามารถแนะนำประสบการณ์ที่ใช้ในการ

ดำเนินชีวิตกับผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านมาเปิดเผยมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในกลุ่มว่าบุคคลแต่ละคนมีการรับรู้ปัญหาที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการประเมินทางความคิดของบุคคลนั้น ซึ่งมีกระบวนการตามแผนภาพการประเมินสถานการณ์ที่ได้อธิบายไปแล้วในกิจกรรมที่ 1

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ช่วงที่ 1 ผู้วิจัยบอกคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และอยู่ในระดับต่ำจำนวน 2 คน หลังจากนั้นจึงให้ความรู้ในเรื่องความหมาย ประเภท และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องแหล่งประโยชน์ที่สมาชิกนึกถึงในชุมชน มีสมาชิกเสนอว่า “สิ่งที่ที่คิดถึงเป็นที่แรกคือ เจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพระที่วัด” ส่วนสมาชิกอีกคนหนึ่งเสนอว่า “ญาติ พี่น้องของเราเนี่ยแหละคนใกล้ตัว” ผู้วิจัยจึงเสนอแนะเพิ่มเติมว่ายังมีแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ 1) กลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก เพื่อน เพื่อนบ้าน คนรู้จัก ผู้ร่วมงาน อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) หรือ คนที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน 2) กลุ่มองค์กรหรืออาสาสมัครในชุมชนที่รวมตัวกันเป็นหน่วยงาน สมาคม หรือชมรมได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ สมาคมสตรีแม่บ้าน เป็นต้น 3) กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ จะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ในเรื่องข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น มีสมาชิกหลายคนกล่าวว่า “ไม่เคยนึกถึงกลุ่มคนในข้อ 2 เลย” จากการซักถามถึงบทบาทที่สำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีสมาชิกกล่าวว่า “ให้กินข้าว กินยา แล้วก็นอนหลับ” “พาไปหาหมอ”

จากการสังเกต พบว่า สมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นกัน และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มมากขึ้น โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมตามใบงานที่ให้ ผลลัพธ์ของการให้ความรู้ในเรื่องแหล่งประโยชน์ สมาชิกสามารถบอกถึงประเภท และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนได้อย่างถูกต้อง และกล้าที่จะพูดเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ยังมีสมาชิกนั่งหลับผู้วิจัยกระตุ้นโดยให้ตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นร่วมกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม

ช่วงที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ อาการแสดง และการรักษาโรคจิตเภท บทบาทที่สำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และให้ประเมินความรู้หลังได้รับความรู้ตามใบงานที่ 3/3 จากการประเมินความรู้ หลังร่วมกิจกรรมพบว่า สมาชิกในกลุ่มสามารถตอบได้ถูกต้องทั้ง 6 ข้อ จำนวน 15 คน และมีสมาชิกตอบได้ถูกต้อง 3 ข้อใน 6 ข้อ จำนวน 5 ราย ต่อจากนั้นจึงให้ความรู้ทั่วไปเรื่องยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา มีสมาชิกกล่าวว่า

“ผู้ป่วยที่บ้านไม่มีอาการอย่างทีอธิบายตามใบความรู้”
 “ช่วงแรกที่ได้รับยามีอาการน้ำลายไหล และคอแข็ง แต่ไม่แสดงอาการชัดเจนมาก
 จึงไปหาแพทย์เพื่อตรวจ”

“ที่เจอมากที่สุดคือง่วงนอน หลับทั้งวัน”

“มีอาการคอแห้ง หิวน้ำบ่อย ส่วนอาการอย่างอื่นไม่เห็น”

ผู้วิจัยจึงถามต่อว่าเมื่อเจออาการตามที่กล่าวมาข้างต้นท่านมีวิธีการจัดการเบื้องต้น
 อย่างไรบ้าง สมาชิกหลายคนตอบตรงกันว่า “ไปหาหมอ เพื่อสอบถามอาการว่าเกี่ยวข้องกับยาหรือไม่”
 ผู้วิจัยจึงแนะนำว่าวิธีการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยาตามใบความรู้ที่ 3/3 และให้ฝึกทักษะ
 โดยการจับคู่บัตรคำระหว่างอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการ
 ใช้ยา พบว่า ยังมีสมาชิก 2 คน มีการจัดการกับอาการเบื้องต้นที่ไม่ถูกต้อง ดังนี้

“มีอาการง่วงนอน หิวบ่อย ใช้การไปพบแพทย์”

“การทรงตัวไม่ดี เดินไม่ตรงทาง หรือเดินเซ ใช้การไปพบแพทย์”

ผู้วิจัยสรุปผลข้างเคียงจากการใช้ยา และวิธีการจัดการเบื้องต้นจากการใช้ยาซ้ำอีก
 ครั้ง และเปิดโอกาสให้สมาชิกสอบถามข้อสงสัย

จากการสังเกต พบว่า สมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นกัน
 และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มมากขึ้น โดยให้ความร่วมมือในการฝึกทักษะ
 การจับคู่บัตรคำเป็นอย่างดี และมีการช่วยเพื่อนในกลุ่มเมื่อจับคู่บัตรคำไม่ถูกต้อง ผลลัพธ์ของการให้
 ความรู้เรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ อาการแสดง และการรักษาโรคจิตเภท บทบาทที่สำคัญของ
 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกในกลุ่มสามารถตอบความหมาย สาเหตุ อาการ อาการแสดง และการ
 รักษาโรคจิตเภทได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ช่วงที่ 1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากสมาชิกในกลุ่มเพื่อแสดงบทบาทสมมติ โดยขอ
 อาสาสมัครจากสมาชิกในกลุ่ม จำนวน 2 คน แสดงตามสถานการณ์จำลอง 1 และสถานการณ์จำลอง
 2 และให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นว่าบทบาทสมมติที่แสดงเป็นการสื่อสารที่ดีหรือไม่ เพราะอะไร
 จากสถานการณ์จำลอง 1 พบว่า

“เป็นการสื่อสารที่ดี เนื่องจากแสดงให้เห็นถึงความห่วงใยกัน”

“เป็นการสื่อสารที่ดี เพราะพูดจาอ่อนหวาน ไม่ดุด่า”

“เป็นการสื่อสารที่ดี เพราะไม่พูดจารุนแรง ใช้น้ำเสียงนุ่มนวล และเมื่อลูกทำได้ก็ชื่น
 ชมทำให้ลูกรู้สึกดี”

“เป็นการสื่อสารที่ดี เพราะเข้าใจและเอาใจใส่ลูก”

จากสถานการณ์จำลอง 2 พบว่า

“เป็นการสื่อสารที่ไม่ดี เพราะจะทำให้ลูกเครียดมากกว่าเดิม”

“เป็นการสื่อสารที่ไม่ดี เพราะแม่บ่น”

“เป็นการสื่อสารที่ไม่ดี เพราะแม่พูดเสียงดัง”

“เป็นการสื่อสารที่ไม่ดี เพราะแม่พูดจาไม่ไพเราะ”

“เป็นการสื่อสารที่ไม่ดี เพราะแม่จู้จี้จุกจิก”

“เป็นการสื่อสารที่ไม่ดี เพราะแม่ใช้อารมณ์โมโห”

หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปในเรื่องการสื่อสารนั้นสำคัญไฉน ตามใบความรู้ที่ 4/1 ได้แก่ รูปแบบของการสื่อสาร ประโยชน์ของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการสื่อสารทางด้านบวกและด้านลบ เมื่อให้ความรู้แล้วสมาชิกในกลุ่มเสนอว่า “หากผู้ดูแลพูดและแสดงพฤติกรรมได้อย่างในสถานการณ์จำลอง 1 จะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้เป็นอย่างดี และหากผู้ดูแลพูดและแสดงพฤติกรรมได้อย่างในสถานการณ์จำลอง 2 จะทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิดและเครียดกว่าเดิม” ผู้วิจัยจึงสรุปว่าหากมีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆได้ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา ฯลฯ โดยผู้ดูแลควรใช้การสื่อสารให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ควรหลีกเลี่ยงการสื่อสารทางด้านลบ

จากการสังเกต พบว่า สมาชิกในกลุ่มทุกคนให้ความสนใจในการฟังและดูการแสดงบทบาทสมมติของสมาชิกในกลุ่ม ให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นกันและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มมากขึ้น

ช่วงที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเรื่องเทคนิคของการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพตามใบความรู้ที่ 4/2 และเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่ใช้ปฏิบัติเมื่ออยู่กับผู้ป่วยที่บ้าน มีสมาชิกในกลุ่มกล่าวว่า

“ต้องใช้คำพูดดีๆ ต้องคิดก่อนแล้วจึงพูด”

“ผู้ดูแลต้องตั้งใจและมีสมาธิก่อนจะพูด”

ผู้วิจัยสรุปเทคนิคการสื่อสารที่ควรใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้วิธีการสื่อสารทั้งทางด้านการพูด การเขียน หรือแสดงออกมาทางกิริยา อากา ร สายตา น้ำเสียง และพฤติกรรมไปยังผู้ป่วย เพื่อทำให้เกิดความชัดเจน เข้าใจตรงกัน เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท และได้รับการตอบสนองตามที่ตนเองต้องการ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป มีสมาชิกสอบถามว่า “เราจะสังเกตอารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างไร” สมาชิกในกลุ่มหลายคนช่วยกันตอบว่า “ต้องมองที่ตา และท่าทางของผู้ป่วย” ผู้วิจัยจึงบอกว่าที่สมาชิกพูดเป็นสิ่งที่ถูกต้อง แต่ขอเพิ่มเติมด้วยว่าควรดูสีหน้าและคำพูดที่ผู้ป่วยใช้ได้ตอบกับผู้ดูแลด้วย และนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

จากการสังเกตและร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม พบว่า สมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นกันและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มมากขึ้น โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมตามใบงานที่ให้ และสนใจในการทำกิจกรรมกลุ่มกับสมาชิกสามารถบอกถึงเทคนิคของการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพที่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้อง และกล้าที่จะเปิดเผยเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมากขึ้น โดยสมาชิกแสดงความคิดเห็นร่วมกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มและเสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องการสังเกตอารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

ช่วงที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในกลุ่ม และเปิดโอกาสให้พูดคุยนเรื่องทั่วไป และทบทวนความรู้ที่ได้รับในกิจกรรมครั้งที่แล้ว สมาชิกหลายคนช่วยกันเสนอความคิดเห็นว่าจำได้บ้าง “บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล เช่น ดูแลเรื่องการรับประทานยา การไปพบแพทย์ตามนัด ฯลฯ” “แหล่งที่ให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อบต. พระ ชมรมต่างๆ ที่มีในหมู่บ้าน ฯลฯ” การพูดจากับผู้ป่วย ควรพูดดีๆ ไม่ดูด่า บ่น และควรสังเกตอารมณ์ของผู้ป่วยด้วยการดูที่แววตา ท่าทาง คำพูด” “อาการข้างเคียงของยา เช่น ง่วงนอน เดินเซ คอแข็ง กระจายน้ำคอกแห้ง ต้องจัดการโดยระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุในขณะทำงาน การขับขีรถ ดูแลเรื่องการพักผ่อนในที่ปลอดภัย และไม่วางของมีคมไว้ใกล้ๆ ให้ญาติพาไปพบแพทย์ และอมน้ำแข็ง หรือจิบน้ำบ่อยๆ” “โรคจิตเภทเกิดจากกรรมพันธุ์ สมองผิดปกติ มีอาการด้านบวกและด้านลบ” ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมสมาชิกทุกคนที่ช่วยกันทบทวนความจำในทุกกิจกรรม ต่อจากนั้นให้ทำแบบประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียด ตามใบงานที่ 5/1 และบอกคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดของสมาชิกในกลุ่ม พบว่า มีคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับพอใช้เป็นส่วนใหญ่ จึงให้ความรู้เรื่องความหมายของความเครียด รูปแบบการเผชิญความเครียด ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ตามใบความรู้ที่ 5/1 จากการสอบถามสมาชิกในกลุ่มถึงความหมายของความเครียดรูปแบบการเผชิญความเครียด และความแตกต่างกันของแต่ละแบบ แสดงออกมาเป็นคำพูดดังนี้

ความเครียด คือ “สิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเจอกับสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคาม จนทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้บุคคลมีความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการใช้ชีวิตในสังคมได้”

ผลกระทบของความเครียด “ด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น เครียด ซึมเศร้า รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง ฯลฯ ด้านสังคม ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมในสังคมดังที่เคยปฏิบัติได้ เช่น การไป

ทำบุญ การร่วมตามประเพณีต่างๆ หรือการร่วมกิจกรรมในชุมชน ด้านเศรษฐกิจ ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ”

รูปแบบการเผชิญความเครียด “แบบมุ่งแก้ไขปัญหา และแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์” ความแตกต่างของการเผชิญความเครียดทั้งสองแบบ คือ “แบบแรกมุ่งที่ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยตรง จะทำให้แก้ที่ปัญหาจริงๆ ส่วนแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ทำให้ผู้ดูแลได้ระบายอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในเวลานั้น แต่ปัญหายังคงอยู่”

ช่วงที่ 2 เมื่อดำเนินการถึงขั้นตอนการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ตามใบงาน และเปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเผชิญความเครียดกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านร่วมกัน

ผลลัพธ์ของการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ตามใบงาน พบว่า สมาชิกมีความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ การหาแนวทางแก้ไข โดยใช้ความคิดพิจารณาก่อนตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง และตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหามีเหตุผล ทำให้สามารถต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น และไม่ใช้การแก้ไขปัญหาในทางไม่ดี ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลงพร้อมที่จะเผชิญปัญหาอื่นๆต่อไป โดยสังเกตจากการวิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างที่ 1 สมาชิกมองการหาแนวทางแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลไปพร้อมๆกัน และตัดสินใจว่าควรเลือกที่จะช่วยแก้ไขปัญหของผู้ดูแล คือ “ควรพาผู้ดูแลไปพบแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพร่างกาย” “ควรให้ญาติมาช่วยสลับกับผู้ดูแลบ้างในบางครั้ง” ส่วนการแก้ไขปัญหของผู้ป่วย คือ “ต้องพาไปหาหมอ เพื่อช่วยลดอาการเอะอะ อาละวาด” และจากการวิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างจากกิจกรรมที่ 2 สมาชิกมองการหาแนวทางแก้ไขปัญหา

จากการสังเกตและร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม พบว่า สมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นกันและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มมากขึ้น โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมตามใบงานที่ให้ สามารถบอกถึงรูปแบบการเผชิญความเครียด ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ได้อย่างถูกต้อง

ช่วงที่ 3 ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับใบงานที่ให้ทำเป็นการบ้าน จากการฝึกทักษะในแต่ละกิจกรรมไปแล้ว จึงให้สมาชิกร่วมไปฝึกใช้ที่บ้านและให้นำมาส่งในครั้งหน้า และนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด

ช่วงที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในกลุ่ม และเปิดโอกาสให้พูดคุยเรื่องทั่วไป และทบทวนความรู้ที่ได้รับในกิจกรรมครั้งที่แล้ว โดยให้ส่งใบงานที่ให้ทำเป็นการบ้าน และให้สมาชิกช่วยกันสรุปวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นที่บ้าน และผลลัพธ์ พบว่า สมาชิกนำความรู้ที่ได้รับและการฝึกทักษะในบางกิจกรรมไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สรุปได้ดังนี้

การจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย “ใช้คำพูดดีๆ บางครั้งให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตาม” ผลลัพธ์ “ผู้ป่วยรับฟังและยอมปฏิบัติตาม”

ความพร้อมของครอบครัว เช่น ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย “อ่านหนังสือหาความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา และการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ “ทำให้เข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้น”

การจัดการกับปัญหาจากอาการข้างเคียงของการรับประทานยาโรคจิต “ดูแลให้ผู้ป่วยกินยาก่อนนอน เราต้องจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นเบื้องต้นก่อนและให้ปรึกษาแพทย์” ผลลัพธ์ “จะได้ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย”

ปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย “ผู้ดูแลต้องมีสมาธิ พูดด้วยคำพูดดีๆ” ผลลัพธ์ “ทำให้เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ”

ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล เช่น มีโรคประจำตัว “ผู้ดูแลต้องไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง” ผลลัพธ์ “มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย”

จากการสังเกตและจากกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน พบว่า สมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นและสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหากับผู้ดูแลได้อย่างถูกต้อง และนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเหมาะสม หลังจากนั้นบอกกับสมาชิกในกลุ่มว่า วันนี้ขอเพิ่มเวลาในกิจกรรมมากกว่าครั้งที่แล้วนะค่ะ เนื่องจากมีการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด

ช่วงที่ 2 เมื่อดำเนินการถึงขั้นตอนการฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด จากการสังเกต พบว่า สมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม และให้ความร่วมมือในการฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด โดยใช้เทคนิคการฝึกการหายใจ และเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ตามใบงานที่ 6/1 และ CD การฝึกปฏิบัติคลายเครียด เป็นอย่างดี

ผลลัพธ์ของการให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ ตามใบความรู้ที่ 6/1 สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างถูกต้อง และสามารถเลือกวิธีคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ สมาชิกบอกว่า “กิจกรรมนี้เพลินดี พาให้หายเครียดได้”

หลังจากการฝึกปฏิบัติแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นว่ามีความรู้สึกอย่างไรหลังจากได้รับการฝึกการผ่อนคลายความเครียด สามารถสรุปได้ดังนี้

“สบายใจดี เครียดน้อยลง”

“รู้สึกโล่ง ตัวเบาสบาย”

จากการสังเกตและร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม พบว่า สมาชิกในกลุ่มให้ความสนใจและความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติกิจกรรมตามใบงานที่ให้ แสดงความคิดเห็นในเรื่องวิธีการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม สามารถบอกถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างถูกต้อง และสามารถเลือกวิธีคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ โดยทุกคนในกลุ่มพูดแสดงความคิดเห็นและยิ้มแย้มแจ่มใสดี และบอกว่าเป็นวิธีการที่ช่วยได้ส่วนหนึ่งหากมีเวลาว่าง

ผลลัพธ์ของการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด พบว่า สมาชิกมีความเข้าใจในเรื่องวิธีการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม

กิจกรรมที่ 7 การประเมินซ้ำ

ช่วงที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในกลุ่ม เปิดโอกาสให้พูดคุยเรื่องทั่วไป และทบทวนความรู้ที่ได้รับในกิจกรรมครั้งที่ 3 - 6 โดยให้แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม และให้สมาชิกส่งตัวแทนออกมาพูดในเรื่องที่ได้รับกลุ่มละ 1 เรื่อง เพื่อทบทวนความรู้ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่อยู่ในชุมชน โรคจิตเภท อาการ เรื่องยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ และวิธีคลายความเครียด

ผลลัพธ์ พบว่า สมาชิกทุกคนมีการพูดคุยอย่างเป็นกันเอง มีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันในหัวข้อที่ได้รับและคัดเลือกเพื่อนในกลุ่มออกมาพูดในแต่ละเรื่อง หลังเพื่อนพูดจบมีการปรบมือให้กำลังใจ สามารถสรุปเนื้อหาได้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 “แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย ลูก เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) เจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติเรื่องความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และอารมณ์ มีอาการ 2 อย่าง คือ อาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด หวาดระแวง มีหูแว่ว พูดภาษาแปลกๆ อาการด้านลบ เช่น แยกตัวออกจากสังคม หมกตัวอยู่แต่ในห้อง ทำทางเฉยเมย ไม่เอาใจใส่เรื่องการแต่งกาย พูดน้อยลง พูดซ้ำๆ สาเหตุของโรค ได้แก่ พันธุกรรม สารเคมีในสมองผิดปกติ การเลี้ยงดูในวัยเด็ก สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน สัมพันธภาพและอารมณ์ของคนใน

ครอบครัว อาการที่เจอคอแห้ง ปากแห้ง คอแข็ง น้ำลายยืด และเป็นผื่นตามตัว จัดการโดยจิบน้ำบ่อยๆ ควรหลีกเลี่ยงแสงแดด”

กลุ่มที่ 2 “การพูดจากับผู้ป่วย ควรพูดดีๆไม่ควรใช้อารมณ์ ชวนผู้ป่วยพูดคุยในเรื่องที่ไม่ทำให้เครียด และมีการชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมได้เอง จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆได้ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา ฯลฯ โดยผู้ดูแลควรหลีกเลี่ยงการสื่อสารทางด้านลบ เช่น การประชดประชัน เจ้ากี้เจ้าการ การเปรียบเทียบ การแสดงสีหน้าบึ้งตึง หรือเฉยเมย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และผู้ดูแลควรสังเกตอาการ พฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย”

กลุ่มที่ 3 “ความเครียด คือ สิ่งที่เกิดขึ้นแล้วทำให้ส่งผลกับเราด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สาเหตุของความเครียด ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว เช่น อากาศร้อนทำให้ร่างกายไม่สุขสบาย เสียงดังมากทำให้รู้สึกปวดหู เป็นต้น การทะเลาะและโต้เถียงกันของคนในครอบครัว การรับรู้ของบุคคลจะทำให้บุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่แตกต่างกัน การเผชิญความเครียด คือ ความพยายามของเราที่จะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยการแสดงออกทางอารมณ์และการกระทำ เพื่อทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเบาลงได้ รูปแบบการเผชิญความเครียดแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นการจัดการกับสาเหตุของความเครียด โดยการหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหามากๆวิธี พิจารณาข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือก ก่อนตัดสินใจเลือกและลงมือแก้ไขปัญหานั้น และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก ลดความตึงเครียด วิธีการนี้เป็นช่วยลดความไม่สบายใจเท่านั้น แต่ไม่ได้ช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นให้หมดไป”

กลุ่มที่ 4 “เมื่อรู้สึกเครียดคนเราจะมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่แตกต่างกันออกไป เช่น การออกกำลังกาย ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นกีฬา พูดคุยกับคนอื่น ไปเที่ยว ฯลฯ เทคนิคการจัดการความเครียดมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ ฯลฯ ตามที่ได้ฝึกปฏิบัติไปในครั้งที่แล้ว ช่วยให้สบายใจดี เครียดน้อยลง รู้สึกโล่ง ตัวเบาสบาย”

ช่วงที่ 2 ผู้วิจัยใช้สถานการณ์ที่ประเมินจากกิจกรรมที่ 2 มาเป็นหัวข้อหลัก และให้สมาชิกประเมินสถานการณ์ซ้ำอีกครั้งว่าสิ่งที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่ออย่างไรบ้าง และผลเสียจากการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นภาวะเครียด เมื่อดำเนินการถึงขั้นตอนนี้แล้ว พบว่า สมาชิกทุกคนมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน และช่วยกันพิจารณาสถานการณ์ซ้ำอีกครั้งได้ดังนี้

สถานการณ์จากกิจกรรมที่ 2 คือ “การจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ อาการทางจิต ฯลฯ”

ผู้วิจัยบอกสมาชิกว่าให้ประเมินตามกระบวนการประเมินทางความคิดตามใบความรู้ที่ 1/1 “มีสมาชิกบางคนในกลุ่มบอกว่า ฉันคิดว่าไม่เป็นเรื่องเครียด” “แต่มีสมาชิกคนอื่นบอกว่ามีคนคิดว่าเป็นอันตรายที่ต้องการการแก้ไข ส่วนมากจะใช้การระบายอารมณ์ก่อน เช่น เสียงดัง บ่นกับตัวเอง แล้วจึงมาคิดหาวิธีแก้ไขปัญหานั้นว่าจะทำอย่างไร บางครั้งหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจะต้องหาคนช่วยเหลือเพื่อนำผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลได้ทัน แค่นี้ก็แก้ไขปัญหาได้แล้ว” “มีสมาชิกแย้งขึ้นมาว่า คิดว่าสถานการณ์นี้เป็นความท้าทายที่เราควรแก้ไข ด้วยความใส่ใจและเข้าใจผู้ป่วย

จากการสังเกตและร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม พบว่า สมาชิกในกลุ่มให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ช่วยกันพิจารณาสถานการณ์ที่เป็นปัญหาซ้ำ ซึ่งสมาชิกบางคนมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันแต่ก็มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มได้รับรู้ และสมาชิกสามารถบอกถึงขั้นตอนการประเมินสถานการณ์ตามกระบวนการประเมินทางความคิดได้อย่างถูกต้อง ผลดีและผลเสียของการประเมินสถานการณ์

ผลลัพธ์ของการการประเมินซ้ำ พบว่า สมาชิกทุกคนได้พิจารณาสถานการณ์ที่เป็นปัญหาอีกครั้งว่าเป็นเรื่องส่งผลต่อตัวผู้ดูแลและผู้ป่วยมากน้อยอย่างไร ขึ้นอยู่กับการรับรู้ปัญหาของแต่ละบุคคลนั้น ทำให้สมาชิกได้คิดไตร่ตรองว่าสถานการณ์นั้นยังเป็นปัญหาอยู่หรือไม่ เพื่อช่วยให้สมาชิกตัดสินใจเลือกใช้การเผชิญความเครียดครั้งต่อไปได้อย่างเหมาะสม

การกำกับการทดลอง

เมื่อดำเนินการตามกิจกรรมที่ 7 เสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยให้สมาชิกตอบคำถามในเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ

1. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการประเมินพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีความรู้ในระดับปานกลางขึ้นไป ดังรายละเอียดในตารางที่ 3
2. แบบประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการประเมินพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคะแนนความเครียดลดลงผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีคะแนนความเครียดไม่เกินระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

คนที่	คะแนนความรู้	ระดับความรู้
1	76.90	ปานกลาง
2	80.76	สูง
3	92.30	สูง
4	92.30	สูง
5	88.46	สูง
6	53.84	ปานกลาง
7	84.61	สูง
8	92.30	สูง
9	84.61	สูง
10	76.92	ปานกลาง
11	96.15	สูง
12	80.76	สูง
13	76.92	ปานกลาง
14	80.76	สูง
15	92.30	สูง
16	57.69	ปานกลาง
17	73.07	ปานกลาง
18	76.92	ปานกลาง
19	69.23	ปานกลาง
20	84.61	สูง

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80) จำนวน 12 คน และในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51 – 79) จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์กำกับการศึกษา คือ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในระดับปานกลางขึ้นไป

ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

คนที่	แบบประเมินความเครียด			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	29	ปานกลาง	23	น้อย
2	26	ปานกลาง	19	น้อย
3	32	ปานกลาง	20	น้อย
4	35	ปานกลาง	30	ปานกลาง
5	42	สูง	34	ปานกลาง
6	52	สูง	39	ปานกลาง
7	60	สูง	41	ปานกลาง
8	31	ปานกลาง	22	น้อย
9	44	สูง	31	ปานกลาง
10	28	ปานกลาง	20	น้อย
11	37	ปานกลาง	22	น้อย
12	28	ปานกลาง	21	น้อย
13	52	สูง	20	น้อย
14	56	สูง	41	ปานกลาง
15	47	สูง	38	ปานกลาง
16	58	สูง	49	สูง
17	35	ปานกลาง	34	ปานกลาง
18	27	ปานกลาง	21	น้อย
19	64	รุนแรง	47	สูง
20	49	สูง	35	ปานกลาง

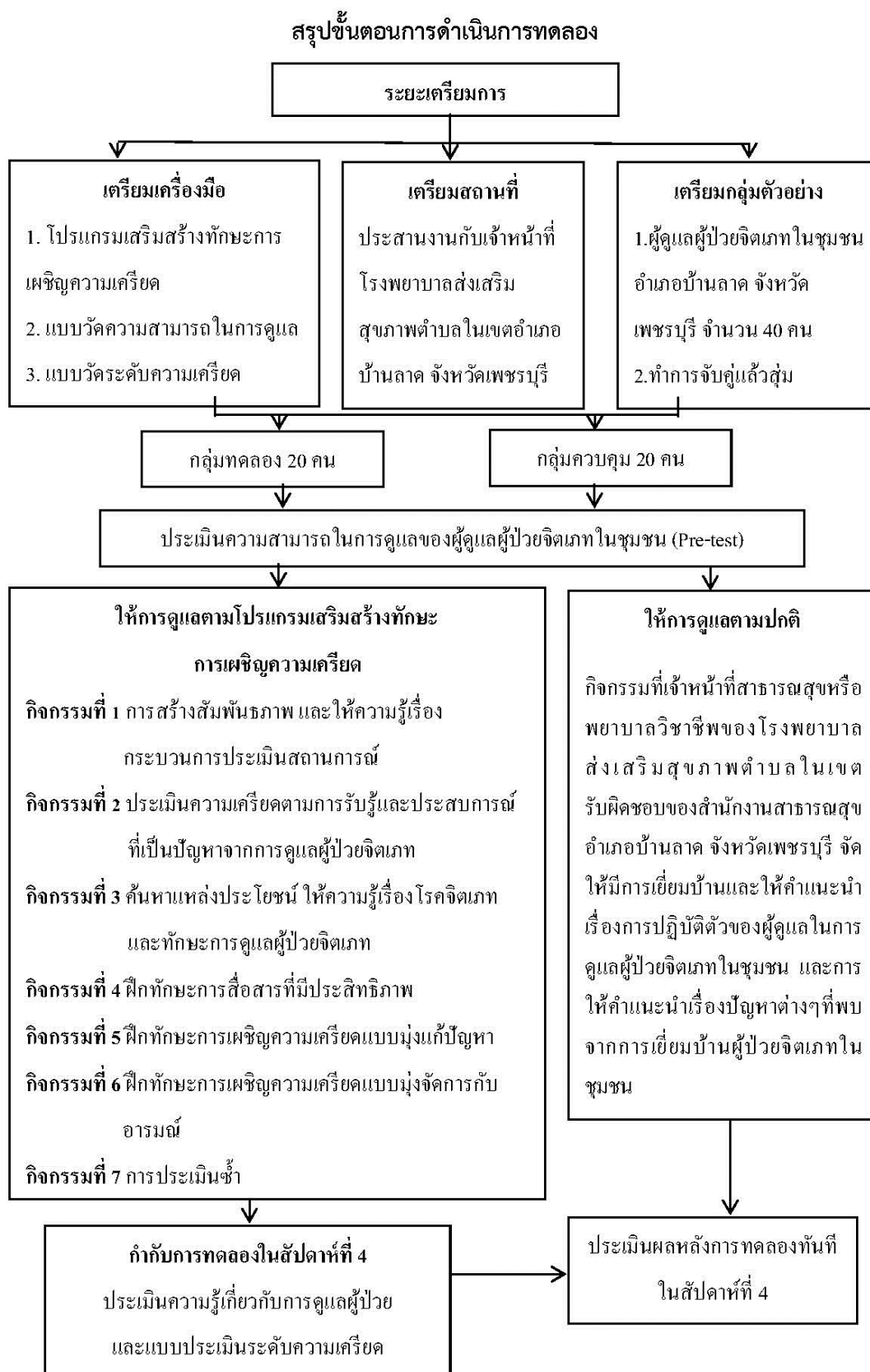
จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด มีระดับความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (24 – 41 คะแนน) จำนวน 10 คน อยู่ในระดับสูง (42-61 คะแนน) จำนวน 9 คน และอยู่ในระดับรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 1 คน และหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคะแนนความเครียดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์กำกับการศึกษา คือ มีคะแนนระดับความเครียดไม่เกินระดับปานกลาง

3.ระยะรวบรวมข้อมูล หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการประเมินผลทันที และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ การแจกแจงความถี่ของทั้งสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. หาค่าเฉลี่ย (Mean) ของความเครียดและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)
4. เปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)
5. เปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการใช้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงในชุมชน อำเภอบ้านลาด ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched-pairs) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องอายุ และระยะเวลาในการดูแล แล้วถูกสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะ ของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)		รวม(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	5	23.8	4	19.0	9	22.5
หญิง	15	71.4	16	76.2	31	77.5
อายุ (ปี)						
31 – 40 ปี	3	14.3	4	19.0	7	17.5
41 – 50 ปี	9	42.9	5	23.8	14	35.0
51 – 59 ปี	8	38.1	11	52.3	19	47.5
สถานภาพสมรส						
โสด	5	23.8	5	23.8	10	25.0
คู่	7	33.3	12	57.1	19	47.5
หม้าย	4	19.0	2	9.5	6	15.0
หย่าร้าง	2	9.5	1	4.8	3	7.5
แยกกันอยู่	2	9.5	-	-	2	5.0
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	12	57.1	7	33.3	19	47.5
มัธยมศึกษา	5	23.8	9	42.9	14	35.0
อนุปริญญา	1	4.8	1	4.8	2	5.0
ปริญญาตรี	2	9.5	3	14.3	5	12.5

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.4 และ 76.2 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.1 และ 52.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 57.1 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.1 และ 33.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)		รวม(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ข้าราชการ,รัฐวิสาหกิจ	-	-	2	9.5	2	5.0
พนักงานบริษัท	-	-	-	-	-	-
รับจ้าง	11	52.4	8	38.1	19	47.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	9.5	2	9.5	4	10.0
อื่นๆ	7	33.3	8	38.1	15	37.5
รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลต่อเดือน						
ไม่มีรายได้						
ไม่มีรายได้	3	14.3	2	9.5	5	12.5
2000 – 5000 บาท	8	38.1	4	19.0	12	30.0
5001 – 10000 บาท	8	38.1	11	52.4	19	47.5
10000 บาทขึ้นไป	1	4.8	3	14.3	4	10.0
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
6 เดือน – 2 ปี	3	14.3	3	14.3	6	15.0
2 ปี – 5 ปี	4	19.0	4	19.0	8	20.0
5 ปีขึ้นไป	13	61.9	13	61.9	26	65.0
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย						
1 ปี – 5 ปี	7	33.3	7	33.3	14	35.0
5 ปี 1 เดือน – 10 ปี	6	28.6	6	28.6	12	30.0
11 ปีขึ้นไป	7	33.3	7	33.3	14	35.0

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 52.4 และ 38.1 ตามลำดับ มีอาชีพอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 38.1 ตามลำดับ และไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 9.5 เท่ากัน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 38.1 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 52.4 และระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 61.9 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1 ปี – 5 ปี และช่วง 11 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 35.0 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม



ตารางที่ 7 คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการแปรผลของกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง(Post-test)

คนที่	แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปรผล	คะแนน	แปรผล
1	68.57	ปานกลาง	67.59	ปานกลาง
2	89.52	สูง	88.57	สูง
3	52.38	ปานกลาง	53.33	ปานกลาง
4	59.04	ปานกลาง	57.14	ปานกลาง
5	65.71	ปานกลาง	68.57	ปานกลาง
6	63.80	ปานกลาง	61.90	ปานกลาง
7	65.71	ปานกลาง	62.85	ปานกลาง
8	67.61	ปานกลาง	66.66	ปานกลาง
9	57.14	ปานกลาง	57.14	ปานกลาง
10	78.09	ปานกลาง	76.19	ปานกลาง
11	43.80	ต่ำ	42.85	ต่ำ
12	69.52	ปานกลาง	70.47	ปานกลาง
13	51.42	ปานกลาง	50.47	ต่ำ
14	87.61	สูง	86.66	สูง
15	45.71	ต่ำ	51.42	ปานกลาง
16	73.33	ปานกลาง	74.28	ปานกลาง
17	83.80	สูง	82.85	สูง
18	37.14	ต่ำ	39.04	ต่ำ
19	62.85	ปานกลาง	61.90	ปานกลาง
20	74.28	ปานกลาง	75.23	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองในระดับเดิมไม่เปลี่ยนแปลง โดยส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับปานกลางจำนวน 14 คน ระดับต่ำจำนวน 3 คน และระดับสูงจำนวน 2 คน

ตารางที่ 8

ตารางที่ 8 คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการแปรผลของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	56.19	ปานกลาง	80.95	สูง
2	41.90	ต่ำ	98.09	สูง
3	51.42	ปานกลาง	80.00	สูง
4	91.42	สูง	95.23	สูง
5	43.80	ต่ำ	80.00	สูง
6	64.76	ปานกลาง	80.95	สูง
7	59.04	ปานกลาง	82.85	สูง
8	59.04	ปานกลาง	82.85	สูง
9	59.04	ปานกลาง	84.76	สูง
10	91.42	สูง	92.38	สูง
11	76.61	ปานกลาง	80.95	สูง
12	39.04	ต่ำ	80.00	สูง
13	56.19	ปานกลาง	80.00	สูง
14	72.38	ปานกลาง	93.33	สูง
15	80.00	สูง	92.38	สูง
16	58.09	ปานกลาง	81.90	สูง
17	59.04	ปานกลาง	80.95	สูง
18	78.09	ปานกลาง	81.90	สูง
19	74.76	ปานกลาง	80.95	สูง
20	67.61	ปานกลาง	82.85	สูง

จากตารางที่ 8 พบว่าก่อนการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 14 คน ระดับสูงและต่ำ จำนวนอย่างละ 3 คน เท่ากัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ทั้ง 20 คน มีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้นและอยู่ในระดับสูงทุกคน

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

คะแนนความสามารถ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	P=value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	63.4920	14.7426	ปานกลาง	19	- 7.06	.000
หลังการทดลอง	84.6635	5.92591	สูง			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	64.8505	14.2870	ปานกลาง	19	.215	.832
หลังการทดลอง	64.7555	13.6765	ปานกลาง			

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ($t = - 7.06$) โดยคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ในทางตรงกันข้าม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุมต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่คะแนนก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มนี้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

คะแนนความสามารถ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	P=value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	63.4920	14.7420	ปานกลาง	38	-.296	.769
กลุ่มควบคุม	64.8505	14.2870	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	84.6635	5.9259	สูง	38	5.973	.000
กลุ่มควบคุม	64.7555	13.6765	ปานกลาง			

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 5.973$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยใช้การศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังจากการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด (The Pretest – Posttest Control Group Design) โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงในชุมชนอำเภอบ้านลาด ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

(Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้ จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis of Simple Size) โดยใช้ในการคำนวณจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (รัตนศิริ ทาโต, 2552) ซึ่งจากการศึกษาของอภิชา แซ่มซ้อย (2550) ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 82.39 % และมีโอกาสเกิดการคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 17.60% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มจำนวน 10 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน แต่เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่พอที่จะมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติและป้องกันการไม่มาเข้าร่วมโปรแกรมฯ (dropout) ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
2. เครื่องมือกำกับการศึกษา ได้แก่
 - 2.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2 แบบประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. **เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดของอภิชา แซ่มซ้อย (2550) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีทักษะการจัดการกับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ และส่งผลให้เพิ่มระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้ปรับกิจกรรมให้ตรงตามแนวคิดการ

เผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ทั้ง 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) 2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) 3) การประเมินซ้ำ (Reappraisal) ประกอบด้วยการทำกิจกรรมกลุ่ม 7 ครั้งๆละ 1-2 กิจกรรมๆละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์
- กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
- กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา
- กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด
- กิจกรรมที่ 7 การประเมินซ้ำ

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้อง ภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของกิจกรรม และเวลาในแต่ละกิจกรรม ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .80 เมื่อได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยจึงแก้ไขโปรแกรมตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 4 คน เพื่อทดสอบเครื่องมือและปรับปรุงให้สมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริง

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง

2.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแก้วตา มีศรี (2554) ปรับปรุงมาจาก เครื่องมือซึ่ง สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) พัฒนาโดย ดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 16 ข้อ และเป็นข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงให้มีเนื้อหาสอดคล้องกับเนื้อหาในโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประเมินความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้อง และภาษาที่ใช้ แล้วนำผลการประเมินมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่าเท่ากับ .96 และภายหลังการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าความสอดคล้องภายใน ซึ่งใช้สูตรการหาค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 : Kr-20) พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

2.2 แบบประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบวัด

ความเครียดสวนปรุง ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งประเมินความรู้สึกหรืออาการที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา โดยมีการหาค่าความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) ซึ่งใช้การหาค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ (Electromyography : EMG) ซึ่งมีความแม่นยำในช่วงความเชื่อมั่น 95% พบว่ามีค่าตรงตามสภาพมากกว่า .27

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิตเภท ระยะเวลาของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3.2 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สร้างตามแนวคิดของ

Ever et al. (1985) แปลโดยสมจิต หนูเจริญกุล เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดรวม 21 ข้อ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เพื่อทดสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้อง และภาษาที่ใช้ โดยนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index:CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .95 และภายหลังการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าความสอดคล้องภายใน ซึ่งใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามนี้ พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงโรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี พร้อมส่งโครงร่าง

วิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และคู่มือโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตจัดทำโครงการภายหลังจากได้รับอนุญาต

1.2 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านความรู้เรื่องแนวคิดทฤษฎีการประเมินสถานการณ์ของลาซาลัสและโพล์คแมน ความหมายของโรคจิตเภท อาการ อาการแสดง ยา ผลข้างเคียง การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ เทคนิคเรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยได้ทำการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาลจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เป็นเวลา 1 เดือน และได้ทำการการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน เป็นเวลา 1 เดือน นอกจากนี้ได้มีการค้นคว้าข้อมูลจากหนังสือ ตำรา และงานวิจัยร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การวิจัยดำเนินตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี และฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลนภดล จังหวัดสมุทรสงคราม

1.4 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับกลุ่มงานจิตเวชของโรงพยาบาลนภดล จังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และทดลองใช้เครื่องมือ

1.5 หลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีแล้ว ได้รับการอนุมัติในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2558

1.6 ประสานงานกับโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อขอข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

1.7 เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีแล้ว ผู้วิจัยติดต่อเข้าพบสาธารณสุขอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.8 ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรีและผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) เพื่อลงเก็บข้อมูลในชุมชน

1.9 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนและตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน โดยได้ดำเนินการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ได้แก่ อายุของผู้ดูแล และ

ระยะเวลาในการดูแล แล้วทำการสู่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ซึ่งแจ้งถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ระหว่างสัปดาห์ที่ 1-4 จากการมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับคำคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และเรื่องปัญหาต่างๆจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน และดำเนินการตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ซึ่งเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 7 กิจกรรม ๆ ละ 60 – 90 นาที สัปดาห์ละ 1- 2 กิจกรรม ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ หลังเสร็จสิ้นทุกกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยทำการประเมินด้วยแบบประเมินระดับความเครียด และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองทันที พบว่า กลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนระดับความเครียดลดลงไม่เกินระดับปานกลาง ซึ่งถือว่าผ่านตามเกณฑ์การกำกับการศึกษา และมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า กลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนความรู้เพิ่มมากขึ้นในระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งถือว่าผ่านตามเกณฑ์การกำกับการศึกษา

3.ระยะรวบรวมข้อมูล หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการประเมินผลทันที และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุด เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้มามีความครบถ้วนสมบูรณ์ ก่อนนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ การแจกแจงความถี่ของทั้งสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. หาค่าเฉลี่ย (Mean) ของความเครียดและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

4. เปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด โดยใช้สถิติทดสอบที่แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

5. เปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที่แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = - .706$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

2. หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.973$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด มีผลทำให้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้คือ

1. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = - .706$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญ

ความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

จากผลการวิจัยที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เนื่องมาจากโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลอง ทราบถึงกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งทำให้ทราบถึงประเภทของแหล่งประโยชน์ และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งแหล่งประโยชน์ถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น โปรแกรมฯมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลอง มีความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการแสดง และการรักษาของโรคจิตเภท บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ในเรื่องยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และนำไปสู่การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้บ่อยครั้ง ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการรักษา และมีความพร้อมในด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ส่งผลให้ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และลดความเครียดจากการดูแลได้อีกประการหนึ่ง นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลอง ยังได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าใจตรงกัน และป้องกันการกลับไปรักษาในโรงพยาบาลได้ ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็น การระบายออกทางอารมณ์ในทางที่เหมาะสม สามารถระงับและควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วย และการฝึกหายใจ เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดไปสักระยะหนึ่ง ผู้ที่ได้รับการฝึกจะรู้สึกได้ว่าการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น ใจเย็นลง สบายใจขึ้น สมารถดีขึ้น ฯลฯ ส่งผลให้ผู้ดูแลลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลงได้ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ ไชสะอาด (2555) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าโปรแกรมฯช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องความเครียดและการฝึกทักษะการผ่อนคลาย การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย การจัดการกับอาการทางจิต การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา การแก้ไข้ปัญหา

ชีวิตประจำวัน การฝึกทักษะการสื่อสารและสัมพันธ์ภาพ ซึ่งส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ลดลง

นอกจากนี้การทำกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) เป็นวิธีการที่สมาชิก ต้องรู้จักใช้ทักษะทางสังคมและการมีมนุษยสัมพันธ์อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้รับข้อมูล ย้อนกลับจากการมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน เช่น การใช้กระบวนการคิดแก้ปัญหา การเสริมแรง พฤติกรรมที่ดีจากเพื่อนสมาชิก เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มตั้งใจทำงานจนสำเร็จอันเป็นผลประโยชน์ที่เกิด กับกลุ่ม (ธิดา โมสิกรัตน์ และคณะ, 2548) กระบวนการกลุ่มเกิดจากการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และส่งเสริมให้บุคคลเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นแรงจูงใจซึ่งกันและกัน เข้าใจตนเองและมีสุขภาพ กายและจิตที่ดีขึ้น กระบวนการกลุ่มทำให้บุคคลเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำสิ่งที่ได้รับมา ประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Corey and Corey, 2006)

2. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.973$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการ เผชิญความเครียด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ผลการศึกษาจากข้างต้นแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดช่วยให้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีทักษะและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเรื่องต่างๆ ได้แก่ การ ปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ มีความรู้ในเรื่องโรคจิต เภท สาเหตุ อาการแสดง และการรักษาของโรคจิตเภท บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ในเรื่อง ยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา รวมทั้งการฝึกทักษะการสื่อสารที่ช่วยให้ ผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าใจตรงกัน การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การฝึกทักษะการ จัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด โดยการศึกษาในครั้งนี้โดยได้ดำเนินการจับคู่กลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ได้แก่ อายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแล เนื่องจาก ทั้ง 2 ตัวแปรมีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยจึงสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้าง ทักษะการเผชิญความเครียดทั้ง 7 กิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งพบว่าในแต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดมีการจัดการ กับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลลดความเครียดจาก การดูแลผู้ป่วยจิตเภทลงได้ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยเน้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ในเรื่องกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น 3 ขั้นตอน คือ การประเมินขั้นปฐมภูมิ การประเมินขั้นทุติยภูมิ และการประเมินซ้ำ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจในการประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นตามลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนมากขึ้น จากการสังเกตความสนใจของสมาชิก พบว่า สมาชิกในกลุ่มเริ่มมีการพูดคุยโต้ตอบและให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นกันเพียงเล็กน้อย ดังตัวอย่างการประเมินขั้นปฐมภูมิที่มีสมาชิกบอกว่า “มันแล้วแต่ว่าแต่ละคนจะคิดยังไง เพราะว่าบางครั้งเรื่องที่เจอสามารถแก้ไขได้ เราก็ไม่เครียดแล้ว” ส่วนการประเมินขั้นทุติยภูมิ มีสมาชิกเสนอความคิดเห็นว่า “ให้ช่วยเหลือตนเอง เช่น ผู้ดูแลควรกินยาเอง เพื่อจะได้พักผ่อนบ้าง ให้ไปปรึกษาญาติ พี่น้อง หรือคนใกล้ชิดกับตนเอง หนีไปที่อื่น ตั้งกฎ เวลา หรือบังคับให้ผู้ป่วยทำ และอยู่เฉยๆไม่ทำอะไร รอดูไปก่อน” และการประเมินซ้ำ เพื่อดูว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอีกครั้งหนึ่งว่า เรารับรู้ว่าสถานการณ์นั้นเป็นภาวะเครียดจริงหรือไม่ เมื่อเกิดเป็นภาวะเครียดแล้ว จะหาสิ่งใดที่สามารถให้การช่วยเหลือได้บ้าง และควรใช้การเผชิญปัญหาในรูปแบบใด เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์นั้นได้อย่างถูกต้อง สมาชิกในกลุ่มหลายคนบอกว่า “ไม่มีใครคิดซ้ำอีกครั้งหรอก มีแต่คิดแล้วทำเลย”

จากการเขียนตอบในใบงาน และการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความเข้าใจถึงการประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง ทำให้ประเมินได้ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีผลต่อตนเองหรือไม่ เพื่อจะได้พิจารณาในขั้นตอนต่อไป

กิจกรรมที่ 2 ปัญหาที่เกิดจากความเครียด ซึ่งแสดงออกมาทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยมีสมาชิกกล่าวว่า “นอนไม่หลับ คิดมาก วิตกกังวล ปวดศีรษะ หนีไปที่อื่นก่อน หากคนพูดคุยด้วย” จากสำรวจปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท “การจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ อาการทางจิต ฯลฯ” “การจัดการกับปัญหาจากอาการข้างเคียงของการรับประทานยาโรคจิต เช่น นอนหลับทั้งวัน คอแห้ง กินน้ำมาก ฯลฯ” “ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล เช่น มีโรคประจำตัว” “ปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย” จากการสังเกตความสนใจของสมาชิก พบว่า สมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นกัน ร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมตามใบงานที่ให้ และสามารถแนะนำประสบการณ์ที่ใช้ในการดำเนินชีวิตกับผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านมาเปิดเผยมากขึ้น

จากการเขียนตอบในใบงาน และการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน รับรู้ถึงผลกระทบจากความเครียดที่เกิดขึ้น โดยแสดงออกมาทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างชัดเจน ซึ่งจากการสำรวจปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ทำให้พบปัญหาที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ดูแลเพื่อนำมาใช้ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 ปัญหาในเรื่องแหล่งประโยชน์ พบว่า สมาชิกยังนึกแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนได้บ้าง เช่น “สิ่งที่ที่คิดถึงเป็นที่แรก คือ เจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพระที่วัด” ส่วนสมาชิกอีกคนหนึ่งเสนอว่า “ญาติ พี่น้องของเรานี้แหละคนใกล้ตัว” ส่วนปัญหาความรู้เรื่องโรคจิตเภท และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการสังเกตและการเขียนตอบในใบงานที่ให้ พบว่าสมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นกัน โดยสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องทั้ง 6 ข้อ จำนวน 15 คน และมีสมาชิกตอบได้ถูกต้อง 3 ข้อใน 6 ข้อ จำนวน 5 ราย จากการสอบถามถึงบทบาทที่สำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีสมาชิกกล่าวว่า “ให้กินข้าว กินยา แล้วก็นอนหลับ” “พาไปหาหมอ” และหลังจากการฝึกทักษะโดยการจับคู่บัตรคำระหว่างอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา พบว่า ยังมีสมาชิก 2 คน มีการจัดการกับอาการเบื้องต้นที่ไม่ถูกต้อง ดังนี้

“มีอาการง่วงนอน หาวบ่อย ใช้การไปพบแพทย์”

“การทรงตัวไม่ดี เดินไม่ตรงทาง หรือเดินเซ ใช้การไปพบแพทย์”

เมื่อมีการจับคู่บัตรคำไม่ถูกต้อง มีสมาชิกในกลุ่มช่วยเพื่อนเมื่อจับคู่บัตรคำใหม่ให้

“มีอาการง่วงนอน หาวบ่อย ต้องไม่ทำงาน และไม่ขับขีรถ”

“การทรงตัวไม่ดี เดินไม่ตรงทาง หรือเดินเซ ต้องให้พักผ่อน และไม่วางของมีคมไว้ใกล้ๆตัวผู้ป่วย”

จากการเขียนตอบในใบงาน และการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจในแหล่งประโยชน์ในชุมชน ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลได้เมื่อเกิดปัญหาขึ้น นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษาโรคจิตเภท บทบาทที่สำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวล ความเครียด ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย และช่วยให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมากยิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 4 ปัญหาเรื่องทักษะการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการสังเกต พบว่าสมาชิกในกลุ่มทุกคนให้ความสนใจในการฟังและดูการแสดงบทบาทสมมติของสมาชิกในกลุ่ม ด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส หัวเราะสนุกสนานเมื่อเพื่อนสมาชิกแสดงตามบทบาท และสมาชิกให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ดังตัวอย่างที่สมาชิกกล่าวในจากสถานการณ์จำลอง 1 กล่าวว่

“เป็นการสื่อสารที่ดี เนื่องจากแสดงให้เห็นถึงความห่วงใยกัน”

“เป็นการสื่อสารที่ดี เพราะพูดจาอ่อนหวาน ไม่ดุด่า”

“เป็นการสื่อสารที่ดี เพราะไม่พูดจาดูแรง ใช้น้ำเสียงนุ่มนวล และเมื่อลูกทำได้ก็ชื่นชมทำให้ลูกรู้สึกดี”

“เป็นการสื่อสารที่ดี เพราะเข้าใจและเอาใจใส่ลูก”

ตัวอย่างที่สมาชิกกล่าวในจากสถานการณ์จำลอง 2 กล่าวว่

“เป็นการสื่อสารที่ไม่ดี เพราะจะทำให้ลูกเครียดมากกว่าเดิม”

“เป็นการสื่อสารที่ไม่ดี เพราะแม่บ่น”

“เป็นการสื่อสารที่ไม่ดี เพราะแม่พูดเสียงดัง”

“เป็นการสื่อสารที่ไม่ดี เพราะแม่พูดจาไม่ไพเราะ”

“เป็นการสื่อสารที่ไม่ดี เพราะแม่จู้จู้จุกจิก”

“เป็นการสื่อสารที่ไม่ดี เพราะแม่ใช้อารมณ์โมโห”

สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่ใช้ปฏิบัติเมื่ออยู่กับผู้ป่วยที่บ้าน ดังตัวอย่างที่สมาชิกในกลุ่มกล่าวว่า

“ต้องใช้คำพูดดีๆ ต้องคิดก่อนแล้วจึงพูด”

“ผู้ดูแลต้องตั้งใจและมีสมาธิก่อนจะพูด”

จากการเขียนตอบในใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความรู้และเข้าใจในการสื่อสารทางด้านบวกและทางด้านลบ โดยจะเลือกใช้การสื่อสารทางด้านบวก และเทคนิคของการสื่อสารที่ดี เพื่อลดความขัดแย้งกับผู้ป่วย ซึ่งถือว่าการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพและส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมตามมาได้

ก่อนจะสิ้นสุดกิจกรรมมีสมาชิกกล่าวว่า “กิจกรรมครั้งนี้แล้วและในครั้งนี้อย่างนี้ช่วยให้เข้าใจผู้ป่วย อาการของโรคจิตเภท และบทบาทที่เราต้องทำดีขึ้น ช่วยให้ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยไม่เครียด”

กิจกรรมที่ 5 ปัญหาการใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา จากการสังเกตและร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม พบว่า สมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มมากขึ้น โดย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใช้การมองปัญหาโดยการวิเคราะห์สถานการณ์มากขึ้น ไม่รีบตัดสินใจที่จะกระทำก่อนคิด และจากการประเมินจากคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดของสมาชิกในกลุ่ม พบว่า มีคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับพอใช้เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ไปด้วยกัน

โดยสังเกตได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างที่ 1 สมาชิก ในช่วงแรกมีสมาชิกกล่าวว่า “พายุผ่านไปพบบอกก่อน” แล้วผู้วิจัยสอบถามความคิดเห็นจากในกลุ่ม จึงพบว่าสมาชิกมีการมองหาแนวทางแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลไปพร้อมๆกัน และตัดสินใจว่าควรเลือกที่จะช่วยแก้ปัญหาของผู้ดูแล คือ “ควรพาผู้ดูแลไปพบแพทย์ เพื่อตรวจสอบสุขภาพร่างกาย” “ควรให้ญาติมาช่วย

สลัดกับผู้ดูแลบ้างในบางครั้ง” ส่วนการแก้ปัญหาของผู้ป่วย คือ “ต้องพาไปหาหมอ เพื่อช่วยลดอาการเอะอะ อาละวาด” และจากการวิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างจากกิจกรรมที่ 2 “การจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ อาการทางจิต ฯลฯ” สมาชิกนั่งและใช้เวลาคิดก่อนที่จะแสดงความคิดเห็น หลังจากนั้นสมาชิกช่วยกันแสดงความคิดเห็น ได้แก่ “ใช้คำพูดกับผู้ป่วยดีๆ ไม่เสียงดัง” “ดูแลให้ผู้ป่วยกินยาก่อนนอน” “เราควรให้กำลังใจว่าผู้ป่วยทำได้เอง เก่งมาก และใช้คำพูดดีๆ”

จากการให้ส่งใบงานที่ให้ทำเป็นการบ้าน และให้สมาชิกช่วยกันสรุปวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นที่บ้าน พบว่า สมาชิกนำความรู้ที่ได้รับและการฝึกทักษะในบางกิจกรรมไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม สรุปได้ดังนี้

การจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย “ใช้คำพูดดีๆ บางครั้งให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตาม” ผลลัพธ์ “ผู้ป่วยรับฟังและยอมปฏิบัติตาม”

ความพร้อมของครอบครัว เช่น ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย “อ่านหนังสือหาความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา และการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ “ทำให้เข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้น”

การจัดการกับปัญหาจากอาการข้างเคียงของการรับประทานยาโรคจิต “ดูแลให้ผู้ป่วยกินยาก่อนนอน เราต้องจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นเบื้องต้นก่อนและให้ปรึกษาแพทย์” ผลลัพธ์ “จะได้ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย”

ปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย “ผู้ดูแลต้องมีสมาธิ พูดด้วยคำพูดดีๆ” ผลลัพธ์ “ทำให้เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ”

ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล เช่น มีโรคประจำตัว “ผู้ดูแลต้องไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง” ผลลัพธ์ “มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย”

จากการเขียนตอบใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ การหาแนวทางแก้ไข โดยใช้ความคิดพิจารณาก่อนตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง และตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล ทำให้สามารถต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลงพร้อมที่จะเผชิญปัญหาอื่นๆต่อไป

กิจกรรมที่ 6 ปัญหาการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด จากการสังเกตและร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม พบว่า สมาชิกในกลุ่มสมาชิกให้ความสนใจ ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการฝึกปฏิบัติ และให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นกันร่วมกัน ซึ่งฝึกปฏิบัติโดยใช้เทคนิคการฝึกการหายใจ และเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างถูกต้อง และสามารถเลือกวิธีคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ ดังคำกล่าวของสมาชิกว่า “กิจกรรมนี้เพลินดี พาให้หายเครียดได้” เมื่อผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมแสดง

ความคิดเห็นว่ามีความรู้สึกหลังจากได้รับการฝึกการผ่อนคลายความเครียด สามารถสรุปได้ดังนี้ “สบายใจดี เครียดน้อยลง” “รู้สึกโล่ง ตัวเบาสบาย”

ผลลัพธ์ของการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดและจากการเขียนตอบในใบงาน แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความเข้าใจในเรื่องวิธีการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆที่มีประสิทธิภาพได้อย่างถูกต้อง และสามารถเลือกวิธีการคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ รวมทั้งเห็นถึงประโยชน์ของการผ่อนคลายความเครียด และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม โดยทุกคนในกลุ่มพูดแสดงความคิดเห็นและยิ้มแย้มแจ่มใสดี และบอกว่าเป็นวิธีการที่ช่วยได้ส่วนหนึ่งหากมีเวลาว่าง ช่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ที่ช่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง และส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลงพร้อมที่จะเผชิญปัญหาอื่นๆต่อไป

กิจกรรมที่ 7 การประเมินซ้ำ จากการแบ่งกลุ่มทบทวนความรู้ที่ได้รับในกิจกรรมครั้งที่ 3 – 6 และให้เขียนลงในใบงานที่ให้ ผลลัพธ์พบว่า สมาชิกทุกคนในกลุ่มมีการพูดคุยอย่างเป็นกันเอง มีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันในหัวข้อที่ได้รับ และคัดเลือกเพื่อนในกลุ่มออกมาพูดในแต่ละเรื่อง หลังเพื่อนพูดจบมีการปรบมือให้กำลังใจ สามารถสรุปเนื้อหาได้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 “แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย ลูก เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) เจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติเรื่องความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และอารมณ์ มีอาการ 2 อย่าง คือ อาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด หวาดระแวง มีหูแว่ว พูดภาษาแปลกๆ อาการด้านลบ เช่น แยกตัวออกจากสังคม หมกตัวอยู่แต่ในห้อง ทำทางเฉยเมย ไม่เอาใจใส่เรื่องการแต่งกาย พูดน้อยลง พูดซ้ำๆ สาเหตุของโรค ได้แก่ พันธุกรรม สารเคมีในสมองผิดปกติ การเลี้ยงดูในวัยเด็ก สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน สัมพันธภาพและอารมณ์ของคนในครอบครัว อาการที่เจอคือหงุดหงิด ปากแห้ง คอแข็ง น้ำลายยืด และเป็นผื่นตามตัว จัดการโดยจับน้ำบ่อยๆ ควรหลีกเลี่ยงแสงแดด”

จากการสังเกตและสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจในแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลได้เมื่อเกิดปัญหาขึ้น นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่อง ความหมาย สาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษาโรคจิตเภท บทบาทที่สำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวล ความเครียด ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย และช่วยให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมากยิ่งขึ้น

กลุ่มที่ 2 “การพูดจากับผู้ป่วย ควรพูดดีๆไม่ควรใช้อารมณ์ ชวนผู้ป่วยพูดคุยในเรื่องที่ไม่ทำให้เครียด และมีการชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมได้เอง จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆได้ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา ฯลฯ โดยผู้ดูแลควรหลีกเลี่ยงการ

สื่อสารทางด้านลบ เช่น การประชดประชัน เจ้ากี้เจ้าการ การแสดงสีหน้าบึ้งตึง หรือเฉยเมย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และผู้ดูแลควรสังเกตอาการ พฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย”

จากการสังเกตและสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้และเข้าใจในการสื่อสารทางด้านบวกและทางด้านลบ โดยจะเลือกใช้การสื่อสารทางด้านบวก เพื่อลดความขัดแย้งกับผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมตามมาได้

กลุ่มที่ 3 “ความเครียด คือ สิ่งที่เกิดขึ้นแล้วทำให้ส่งผลกับเราด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สาเหตุของความเครียด ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว เช่น อากาศร้อนทำให้ร่างกายไม่สบาย เสียงดังมากทำให้รู้สึกปวดหู เป็นต้น การทะเลาะและโต้เถียงกันของคนในครอบครัว การรับรู้ของบุคคลจะทำให้บุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่แตกต่างกัน การเผชิญความเครียด คือ ความพยายามของเราที่จะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยการแสดงออกทางอารมณ์และการกระทำ เพื่อให้ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเบาลงได้ รูปแบบการเผชิญความเครียดแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นการจัดการกับสาเหตุของความเครียด โดยการหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาหลายๆวิธี พิจารณาข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือก ก่อนตัดสินใจเลือกและลงมือแก้ไขปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก ลดความตึงเครียด วิธีการนี้เป็นช่วยลดความไม่สบายใจเท่านั้น แต่ไม่ได้ช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้หมดไป”

จากการสังเกตและสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ การหาแนวทางแก้ไข โดยใช้ความคิดพิจารณาก่อนตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง และตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล ทำให้สามารถต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลงพร้อมที่จะเผชิญปัญหาอื่นๆต่อไป

กลุ่มที่ 4 “เมื่อรู้สึกเครียดคนเราจะมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่แตกต่างกันออกไป เช่น การออกกำลังกาย ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นกีฬา พูดคุยกับคนอื่น ไปเที่ยว ฯลฯ เทคนิคการจัดการความเครียดมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ ฯลฯ ตามที่ได้ฝึกปฏิบัติไปในครั้งที่แล้ว ช่วยให้สบายใจดี เครียดน้อยลง รู้สึกโล่ง ตัวเบาสบาย”

จากการสังเกตและสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความเข้าใจในวิธีการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ และสามารถเลือกวิธีคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ รวมทั้งเห็นถึงประโยชน์ของการผ่อนคลายความเครียด โดยทุกคนในกลุ่มพูดแสดงความคิดเห็นและยิ้มแย้มแจ่มใสดี และบอกว่าเป็นวิธีการที่คืออย่างหนึ่ง ที่ช่วยให้สามารถเผชิญ

กับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง และส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลงพร้อมที่จะเผชิญปัญหาอื่นๆต่อไป

เมื่อดำเนินการถึงขั้นตอนนี้แล้ว จากการสังเกตและร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม พบว่าสมาชิกในกลุ่มให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ซึ่งสมาชิกบางคนมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันแต่ก็มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มได้รับรู้ และช่วยกันพิจารณาสถานการณ์ซ้ำอีกครั้ง สรุปได้ดังนี้

สถานการณ์จากกิจกรรมที่ 2 คือ “การจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ อาการทางจิต ฯลฯ” มีสมาชิกบางคนในกลุ่มบอกว่า “ฉันคิดว่าไม่เป็นเรื่องเครียด” “แต่มีสมาชิกคนอื่นบอกว่ามีคนคิดว่าเป็นอันตรายที่ต้องการการแก้ไข ส่วนมากจะใช้การระบายอารมณ์ก่อน เช่น เสียงดัง บ่นกับตัวเอง แล้วจึงมาคิดหาวิธีแก้ไขปัญหานั้นว่าจะทำอย่างไร บางครั้งหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจะต้องหาคนช่วยเหลือเพื่อนำผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลได้ทัน แต่นี่ก็แก้ไขปัญหาได้แล้ว” “มีสมาชิกแย้งขึ้นมาว่า คิดว่าสถานการณ์นี้เป็นความท้าทายที่เราควรจะแก้ไข ด้วยความใส่ใจ และเข้าใจผู้ป่วย ผลลัพธ์ของการการประเมินซ้ำ พบว่า สมาชิกทุกคนได้พิจารณาสถานการณ์ที่เป็นปัญหาอีกครั้งว่าเป็นเรื่องที่ทำให้เครียดจริงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ปัญหาของแต่ละบุคคลนั้น ทำให้สมาชิกได้คิดไตร่ตรองว่าสถานการณ์นั้นยังเป็นปัญหาอยู่หรือไม่ เพื่อช่วยให้สมาชิกตัดสินใจเลือกใช้การเผชิญความเครียดครั้งต่อไปได้อย่างเหมาะสม

จากการสังเกตและสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย และเห็นถึงความสำคัญของการรับรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกมาในรูปแบบของการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน ดังนั้นหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ มีกำลังใจ และต้องการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด โปรแกรมมาช่วยพัฒนาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท การสื่อสารในครอบครัว การเผชิญความเครียด และเกิดทักษะในการจัดการกับสาเหตุที่ทำให้เครียด รวมถึงทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องต่างๆ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ เมื่อผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น และมีวิธีการจัดการความเครียดที่ถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้โปรแกรมฯส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข ด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ มีกำลังใจ และต้องการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ รวมทั้งลดความเครียดของผู้ดูแล เพราะความเครียดทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลที่จะนำไปโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดไปใช้ได้นั้น ต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษา ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ทักษะในการดูแลผู้ป่วยด้านต่างๆ เพื่อให้มีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรมของชุมชนนั้น รวมทั้งทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะการจัดการกับความเครียด และทักษะในการประสานงานกับสมาชิกในกลุ่ม เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินการตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และชุมชน โดยเน้นให้ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลยอมรับ เข้าใจ และมีกำลังใจในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อไป

3. โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นโปรแกรมฯ ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เกิดทักษะในการเผชิญความเครียดและจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น จึงควรมีการติดตามประเมินผลในระยะยาว (longitudinal study) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความชำนาญและทักษะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใช้ปฏิบัติได้เองในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ด้านการศึกษา

1. ควรจัดให้พยาบาลมีการศึกษาและอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับทักษะในด้านต่างๆ ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพในชุมชน เช่น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การวิเคราะห์ปัญหา การแก้ไขปัญหา เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ทักษะ และเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

2. ควรจัดให้พยาบาลมีการทบทวนและฟื้นฟูความรู้ โดยการอบรมเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภทและแนวทางในการรักษาในสมัยปัจจุบัน เพื่อเพิ่มเติมความรู้ความสามารถโดยนำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างครอบคลุม

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และนำโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดที่ใช้ในการศึกษานี้ ไปใช้ทำกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลในระยะยาวในชุมชน ระยะ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือนหลังการทดลอง เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของผู้ดูแลเป็นระยะๆ รวมทั้งประเมินความยั่งยืนของผลการศึกษาและความคงอยู่ของทักษะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ควรมีการนำโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดไปใช้ในการทำกิจกรรมกลุ่มผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมและส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลและคนในครอบครัวก่อนผู้ป่วยจะกลับไปสู่ชุมชน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น โรคซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่ทำกิจวัตรประจำวันและไม่ยอมช่วยเหลือตัวเอง ในรายที่รุนแรงจะแสดงอาการของภาวะทางจิต (psychosis) เช่น เห็นภาพหลอน (hallucination) หรือหลงผิด (delusion) ส่วนอาการอื่นๆ ได้แก่ สมาธิแย่งและความจำสั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะใจลอยร่วมด้วย การแยกตัวจากสังคมและกิจกรรมต่างๆ เพื่อเปรียบเทียบว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความแตกต่างแตกต่างกันหรือไม่

4. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลและสมาชิกเป็นรายครอบครัว เพราะครอบครัวต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการมีสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กาญจนา ไชยพันธุ์. (2549). *กระบวนการกลุ่ม*. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮ้าส์.
- กุลธิดา สุภาคณ. (2555). บทความวิชาการการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเครียด . *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม) หน้า 2.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2541). *ใกล้หมอ* 22(2): หน้า 71-73
- แก้วตา มีศรี. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอม สุวรรณโน. (2541). *ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง*. *วารสารการพยาบาลศาสตร์* 7(3): 147-154.
- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด. (2547). *กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา จักรปิง. (2552). *ผลการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลโรงพยาบาลน่าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). *พฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). *ความรู้สึทางอารมณ์ความต้องการการแนะนำ: กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช*. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* 14(2): 30-39.

- ชมานันท์ บัวงาม. (2539). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มการออกกำลังกายต่อการลดความอ้วนของผู้สูงอายุในตำบลทะเลทรัพย์ อำเภอประทีป จังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี. (2531). การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 33(กรกฎาคม-กันยายน): 99-105.
- ดรุณี คชพรหม. (2543). ผลของกลุ่มบำบัดประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทูลภา บุบผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธิดา โมสิกรัตน์ และคณะ. (2548). รายงานวิจัยเรื่อง การพัฒนาวิธีการเรียนรู้ร่วมกันโดยการเรียนแบบเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช : กรณีศึกษาชุดวิชาไทยศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร.
- ธัญชนก เต่าทอง. (2554). ผลของสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). ผลของโปรแกรมการดูแลของผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิศากร แก้วพิลา. (2545). ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นัทธมนต์ ฉิมสุข. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุบผา ธนิกกุล. (2554). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแล

- ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุษกุล ศุภอักษร. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2542). การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับภาษาไทย
(DSM-IV). พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- พรชัย ทูมมา. (2548). การศึกษาการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อความสามารถในการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ ไชสะอาด. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย
จิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. พิมพ์ครั้งที่1 สงขลา:
ซานเมืองการพิมพ์.
- เพชรี คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์.
- เพชรี คันธสายบัว. (2548). การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.
20(1): 1-9.
- ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณนะพงษ์, ลำเนา เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลกิจ และสุวัฒน์
มัตตินันต์กุล. (2548). การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน: รูปแบบและโปรแกรมพัฒนาทักษะของ
ผู้ดูแล. การประชุมวิชาการ เชียงใหม่.
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงษ์สงวนสิน. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตความ
เข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท . วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอไพรซ์ จำกัด.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2552). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอไพรซ์ จำกัด.
- มารศรี ปาณิวัตร. (2548). *บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*.
รายงานการศึกษาอิสระปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มัลลิกา สิงห์สุริยะ. (2547). *การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล: กรณีศึกษา*.
วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). *สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2539). *แนวคิดในการให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท*. *วารสาร*
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 14: 43-52.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2542). *ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการ*
พยาบาล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 13: 1-9.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. *รามาธิบดีพยาบาล*
1: 84-94.
- รัตนา พันจยู. (2555). *ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา*
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ละเอียด ปานนาค และ สิริรณภา จาติเสถียร. (2555). *การพัฒนาโปรแกรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล*
ด้านการจัดการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและ*
สุขภาพจิต ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2555): 16-29.
- วาสนา ปานดอก. (2545). *กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล*. *การค้นคว้าอิสระ*

หลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วารสารณั ประทีปธีรานันต์. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วัชรารณณ์ ลือโรสงค์. (2541). ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษา. กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

วันเพ็ญ ยืนยงแสน. (2545). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริจิต สุทธจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; 54 (ฉบับผนวก1) 21s – 37s. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริพันธุ์ สาสัดย์. (2549). แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 13(5): 1-11.

ศรีพิมล ดิษยบุตร. (2553). สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1.

สกาวรัตน์ พวงจันทร์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สกาวเดือน กลิ่นน้อย. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2555): 62-73.

สกลิต สุรประกิต. (2542). ความต้องการที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.

- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2547). *รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภาพ เรื่องตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุขภาพจิต, กรม. (2552). รายงานประจำปี. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตและศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุขภาพจิต, กรม. (2555). ตารางแสดงจำนวนและอัตราผู้ป่วยสุขภาพจิตต่อประชากร 1,000 คน ปี พ.ศ.2554 จำแนกรายจังหวัด/เขตตรวจราชการ แหล่งที่มา:
<http://www.dmh.go.th/report/>
- สุนันทา นวลเจริญ. (2553). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). *ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2549). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2552). *คู่มือการจัดการกับภาวะซึมเศร้า ความเครียด และวิตกกังวลด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ บริษัทธนาเพรส จำกัด.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พริ้นท์ (1991) จำกัด.
- อภิชา แซ่มซ้อย. (2550). *ผลของโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เพ็ญฟ้าพริ้นติ้ง.

เอื้ออารีย์ สาลีกา. (2543). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.*

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Baker, F.A. (1989). Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual

Family members and the family unit : How Families Cope: **Journal of Psychosocial**

Nursing, 27(1), 31-35.

Bebbington, P., and Kuiper, L. (1994). The clinical utility of expressed emotion in

schizophrenia: the extension of expressed emotion to the clinical staff. **Acta**

Psychiatrica Scandinavica; 46-53.

Butzlaff, R.L., and Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A

metaanalysis. **Archives of General Psychiatry**, 55, 547-552.

Caplan, G.C. (1981). "Mastery of stress: Psychosocial aspects." **The American Journal**

of psychiatry. Vol.138, NO. 4.

Charalampos, M., et al., (2012). Factors associated with caregiver psychological

distress in chronic schizophrenia. **Soc Psychiatry Epidemiol** 47: 331-337.

Chaturaka, R., Tharanga, F., Senaka, R., Varuni, De. Silva., & Raveen, H., (2013)

Caregiver strain and symptoms Of depression among principle caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in Sri Lanka.

International Journal of Mental Health Systems 7, 2.

Chien, W.T. (2008). Effectiveness of Psychoeducation and Mutual Support Group

Program for Family Caregiver of Chinese People with Schizophrenia. **The open**

Nursing Journal. 2(2008): 28-39.

Christina T., George P.C., Evangelos C.A., and Christina D. (2014). A randomized

Controlled trial of the effects of a stress management programme during

pregnancy. (doi: DOI: 10.1016/j.ctim.2014.01.006). **Complementary therapies in**

Medicine, Vol.22, No.2 (April), 203-211.

- Corey, M.S. and Corey, G. (2006). **Group process and practice group. (7th ed).** The united states of American : Thomson Learning, Inc.
- Dagmara, R., and others. (2014). Caregiving experiences of families living with persons with schizophrenia. **The Jonna Briggs Institute Database of Best Practice Information Sheets and Technical Reports** 18(6) 2014: 1-4.
- Dangdomyouth, P. (2006). **Family caregiving process for a person with schizophrenia.** A Dissertation of Doctor of Philosophy Program in Nursing Science. Chulalongkorn University.
- Davis, L.L. (1992a). Building a science of caring for caregivers. **Family & Community,** 15(2), 1-9.
- Denyes, M.G. (1980). **Development of an instrument to Measure Self-Care Agency in Adolescents.** Doctoral dissertation College of Nursing, The University Of Michigan.
- Dixon, L., et al. (2001). Evidence-based practices for service to families of people with psychiatric disabilities. **Psychiatric services,** 52 : 903-910.
- Doorbos, M.M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Reality and Dream. *Archives of Psychiatric Nursing,* 16(1), 39-46.
- Eakes, G.G. (1995). Chronic Sorrow: The Lived Experience of parents of chronically Mentally Ill Individuals. **Archives of Psychiatric Nursing.** Vol.IX, No.2 (April), 77-84.
- Evers, G., et al. (1985). **Development of the Appraisal of Self-Care Agency Scale.** Papers presented at International Research Conference Edmonton: Canada.
- Folkman,S. & Judith, T.M. (2004). Coping : Pitfalls and Promis. **Annu. Rev. Psychol.** 2004(55): 745-768.
- Fortinsky, R., Kercher, K., and Burant C. (2002). Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. **Aging Ment Health** 6: 153-160.
- Fowler, L. (1992). Family Psychoeducation: Chronic psychiatric ill Caribbean patient.

Journal of Psychosocial Nursing, 30(3): 27-32.

Fredman, L. (1998). Caregiver issue . **Journal of Health and Social Behavior**.14(1): 20-27.

Frisch, N.C., and Frisch, L.E. (1998). Psychiatric Mental Health Nursing. New York.

Delma.

Horowitz, A.V., and Reinhard, S.C. (1995). Ethnic differences in caregiving duties and burdens among parents and siblings of persons with severe mental illnesses.

J Health soc behave 1995;36:138-150.

Hulya, Y., Cenk, A., and Suleyman, G. (2014). Depression, Anxiety and Quality of life in

Caregivers of Long-Term Home Care Patients. **Archives of Psychiatric Nursing**,

28: 193-196.

Jackson, H.J., Smith, N., and McGorry, P. (1990). Relationship between expressed

emotion and 12 family burden in psychotic disorder : an exploration study. **Acta**

Psychiatric Scandinavia, 82, 243-249.

Gangully, K.K., Singin R.K., and Sigh T.B. (2010). Caregiving Burden and Coping in

Schizophrenia and bipolar disorder : A Qualitative Study. **American Journal of**

Psychiatric Rehabilitation 13(2): 126-142.

Garland, L.M. and Bush, C.T. (1982). Coping Behavior and Nursing. Virginia: Reston

Publishing.

Gispens-de Wied, C.C. (2000). Stress in schizophrenia: an integrative view. (doi: DOI:

10.1016/S0014-2999(00)00567-7). **European Journal of Pharmacology**, 405(1-3),

375-384.

Hanucharurnkul, S. (1986). **social support, self care and quality of life in cancer**

patients receiving radiotherapy in Thailand. Doctoral Dissertation of Nursing

Graduate School, Wayne State University.

Horowitz, A.V., and Reinhard, S.C. (1995). Ethnic differences in caregiving duties and

burdens among parents and siblings of persons with severe mental illnesses.

J Health soc behave 1995;36:138-150.

- Jaclene, A.Z. and Abir, K.B., (2014). Factors Associated With the Emotional Distress of Woman Family Members of Adults With Serious Mental Illness. **Archives of Psychiatric Nursing** 28: 102-107.
- Jiji, T. S. (2007). Family caregivers to psychiatric patients: Its impact on caregivers. **Journal of Social Development**, 3(1): 43-61.
- Jones, S.L. (1996). The association between objective and subjective caregiver burden. **Archives of Psychiatric Nursing**, 10(2), 77-84.
- King, S., Ricard, N., Rochon, V., Steiger, H., and Nelis, S. (2003). Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia. **Psychiatry Research**. 117; 211-222.
- Kuipers, E., et al., (2006) Influence of carer expressed emotion and affect on relapse in non-affective psychosis. **British Journal of Psychiatry**; 188: 173-179.
- Lalana, P. (2007). **Effectiveness of coping skill training program on depression in early adolescent**. Master's Degree, Mental Health and Psychiatric Nursing Mahidol University.
- Lazarus, S. and Folkman, S. (1984). **Stress Appraisal and Coping**. New York Springer Publishing Company.
- Lefley, H.P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. **Hospital & Community Psychiatry**. 38(10): 1063-1070.
- Lim, Y.M. & Ahn, Y.M. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenia patients in Korea. **Applied Nursing Research**, 16(2), 110-117.
- Luckman & Sorensen. (1993). **Medical-Surgical nursing a psychophysiological Approach**. Philadelphia: Saunders.
- Marram, G.D. (1978). **The Group Approach In Nursing Practice**. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.
- Miller, J.F. (1992). **Coping with chronic illness : Overcoming Powerlessness**.(2nd ed). Philadelphia: F.A. Davis
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G., and Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the

- Experience of the Subjective and Objective Burden. **Family Relations**. 34(1985): 19
- Norton, N., Williams, H.Y., and Owen, M.J. (2006). An update on the genetics of schizophrenia. **Current Opinion in psychiatry**, 158-164.
- Orem, D.E. (1991). **Nursing: concept of practice**. (4th ed.). St.louis: Mosby Year Book.
- Orem, D.E. (2001). **Nursing Concepts Of Practice**. 4th ed. st.louis: Mosby.
- Peplau,H.E.(1952). **Interpersonal Relation in Nursing**. New York; G.P.Putnam s Son.
- Polit, D.F. and Beck, T.B. (2004). **Nursing Research : Principles and methods (7th ed.)**
Philadephia: Lippinco tt.
- Petchtone, P. (2004). **The effectiveness of an empowerment program On care-giving ability, self-efficacy and self-esteem among family caregivers of cerebrovascular disease patients**. Master of Science, Public Health Mahidol University.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. **Quality of Life Research**, 12: 33-41.
- Sarafino, E.P. (1989). **Health psychology: Biopsychosocial interaction**. New York: John wiley & Sons .77.
- Sharon, CH.T., et al. (2012). Burden and coping strategies experienced by caregivers of person with schizophrenia in community. **Journal of clinical Nursing** 21: 2410-2418.
- Shelley E.T. and Annette L.S. (2007). Coping Resources, Coping Process, and Mental Health. **Annu. Rev. Clin. Psychol.**2007; 3: 377-401.
- Suro, Giulia weisman. De. Mamani., and Amy G. (2013). Burden,Interdependence,Ethnicity, and Mental Health in Caregivers of patients with schizophrenia. **Family Process (FAM PROCESS)**, June 52(2): 299-311
- Selye, H. (1976). **The stress of Life**. New York: Me Graw-Hill book company. Urizar AC, Maldonado JG & Castillo CM. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia : a literature review. **Health And Quality Of Life Outcomes** 7, 84.

World Health Organization. (1992). **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral**

Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Switzerland : World Health Organization.

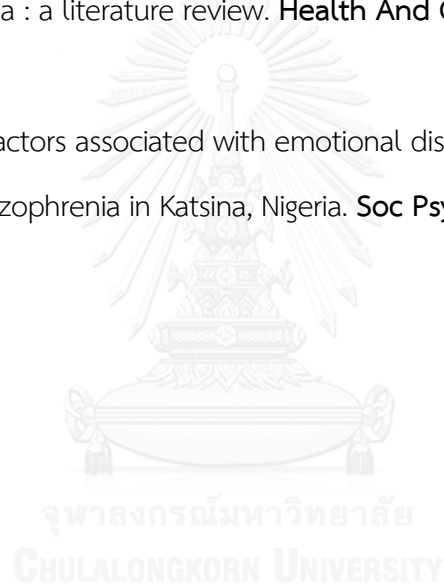
World Health Organization. (2010). Schizophrenia. Retrieved on 10 January 2010,

http://www.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.

World Federation of Mental Health (WFMH). (2010). **Caring for caregiver.** Why your mental health matters when you are caring for others. Woodbridge VA: WFMH.

Urizar AC, Maldonado JG & Castillo CM. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia : a literature review. **Health And Quality Of Life Outcomes** 7, 84.

Yusuf, Nuhu. (2011). Factors associated with emotional distress among caregivers of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. **Soc Psychiatry Epidemiol**, 46: 11-165

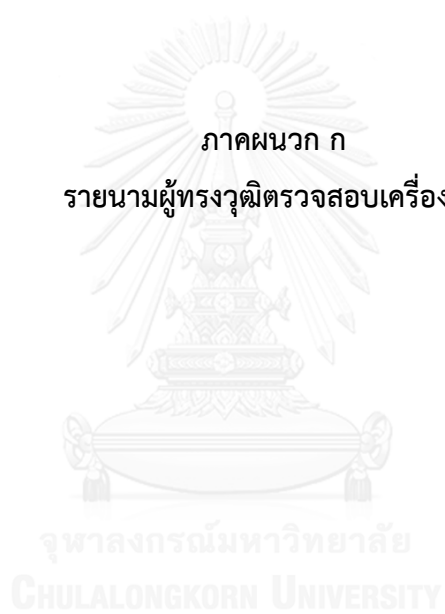




ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



รายนามผู้ทรงวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง
1. นายแพทย์สมนึก หลิมศิริรัตน์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (จิตแพทย์) กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี
2. อาจารย์ ดร.รัชนีกร เกิดโชค	อาจารย์ประจำสาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์ ดร.เยาวลักษณ์ มีบุญมาก	อาจารย์ประจำสาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
4. นางสาวสมลักษณ์ เขียวสด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง(APN) โรงพยาบาลราชบุรี
5. นางศันสนีย์ พูนผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง(APN) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม



ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index:CVI) โดยใช้สูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547 : 226-227)

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

1. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้เท่ากับ .95

$$CVI = \frac{20}{21} = 0.95$$

2. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ได้เท่ากับ .96

$$CVI = \frac{25}{26} = 0.96$$



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี
 ทำหน้าที่ผู้ดูแลหลักและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง.....เดือน.....ปี
 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บิดา / มารดา / พี่ / น้อง / บุตร / สามี / ภรรยา

แบบประเมินความเครียด (SPST - 20)*

ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ข้อใดเกิดขึ้นกับคุณบ้าง และคุณรู้สึกอย่างไรต่อ
 เหตุการณ์นั้น ให้ใส่ ✓ ลงในช่องระดับความเครียด ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ

ระดับความเครียด 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย
 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก
 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

ข้อ ที่	คำถามในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา	ระดับของความเครียด				
		1	2	3	4	5
1.	กลัวทำงานผิดพลาด					
2.	ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3.	ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงาน					
4.	เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียงและดิน					
5.	รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6.					
7.					
8.					
20.	เป็นหวัดบ่อย					
คะแนนรวม						

แบบประเมินความสามารถในการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่กำหนดให้ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ความสามารถในการเผชิญความเครียด	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
1. เวลาที่มีความเครียดท่านจะกังวลถึงปัญหานั้นจนไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้					
2. เมื่อรู้สึกโกรธท่านจะแสดงอารมณ์โกรธนั้นออกมาทันที					
3. เวลาที่มีความเครียดท่านจะพูดระบายความเครียดกับผู้อื่น					
4. ท่านระบายอารมณ์ความเครียดด้วยการกระทำบางสิ่งในลักษณะรุนแรง					
5. ท่านตำหนิตนเองที่ทำให้เกิดสถานการณ์ที่ไม่ดี					
6.					
7.					
8.					
40. เวลาเมื่อเรื่องเครียดท่านจะพยายามใช้อารมณ์ขัน					

แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับผู้ดูแล และเติมคำในช่องว่างที่กำหนดไว้

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

โสด

คู่

หม้าย

หย่าร้าง

แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้เข้ารับการศึกษ

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษา

อนุปริญญา

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

ข้าราชการ,รัฐวิสาหกิจ

พนักงานบริษัท

รับจ้าง

ไม่ได้ประกอบอาชีพ

อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้ของท่าน ปัจจุบันมีรายได้.....บาท/เดือน

7. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มป่วยทางจิต

น้อยกว่า 6 เดือน

6 เดือน - 2 ปี

2 ปี - 5 ปี

5 ปีขึ้นไป

8. ช่วงระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....เดือนปี

9. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล.....ครั้ง

ส่วนที่ 2 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรือตรงกับความรู้สึก หรือลักษณะของผู้ดูแล หรือลักษณะของผู้ดูแล ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ดังนั้นขอให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามการกระทำ ความรู้สึก หรือลักษณะ ที่ผู้ดูแลคิดว่าตรงกับตนเองมากที่สุด การให้ความหมายของข้อความที่เลือกมีดังนี้

ไม่ตรงกับตัวท่านเลย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับการกระทำ ความรู้สึก หรือลักษณะของท่านเลย
ตรงกับตัวท่านน้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการกระทำ ความรู้สึก หรือลักษณะของท่านน้อย
ตรงกับตัวท่านปานกลาง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการกระทำ ความรู้สึก หรือลักษณะของท่านปานกลาง
ตรงกับตัวท่านมาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการกระทำ ความรู้สึก หรือลักษณะของท่านมาก
ตรงกับตัวท่านมากที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการกระทำ ความรู้สึก หรือลักษณะของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ตรงกับตัวท่านเลย	ตรงกับตัวท่านน้อย	ตรงกับตัวท่านปานกลาง	ตรงกับตัวท่านมาก	ตรงกับตัวท่านมากที่สุด
1. ท่านดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเภทเป็นประจำสม่ำเสมอ					
2. ท่านพยายามให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยตนเองมากที่สุด					
3. ท่านมีกำลังใจในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย จิตเภทได้ตามที่ต้องการ					
4. ท่านดูแลจัดชนิดและปริมาณอาหารให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานอย่างเพียงพอและเหมาะสม					
5.					
21. ท่านสอบถามแพทย์เกี่ยวกับผลและฤทธิ์ข้างเคียงของยาเมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาชนิดใหม่					

โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

โดย

นางมัลลิกา จันทร์เพ็ญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ปัจจุบันนโยบายการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตของประเทศไทยเน้นที่ให้การรักษาในโรงพยาบาล ในช่วงสั้นเฉพาะที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงเท่านั้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด เพื่อให้กลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน ดังนั้นผู้ดูแลหลักจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากผู้ดูแลมีหน้าที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย จากการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด และทำให้ผู้ดูแลขาดประสิทธิภาพในการดูแล เช่น การไม่เอาใจใส่ หรือการละเลยการดูแลผู้ป่วยได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการเผชิญความเครียด ซึ่งความเครียดและสุขภาพจิตของผู้ดูแลมีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจใน เรื่องโรค และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนา “โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด” ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อแก้ปัญหาความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และนำไปสู่การเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ด้วยการนำแนวคิด Stress Appraisal and Coping ของ Lazarus & Folkman (1984) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) 2) ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) 3) การประเมินซ้ำ (Reappraisal) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด เพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยในโปรแกรมประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์

กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดตามการรับรู้และประสบการณ์จากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด

กิจกรรมที่ 7 การประเมินซ้ำ

ทั้งนี้ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนฉบับนี้ จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแล ลดความเครียดได้

นางมัลลิกา จันทร์เพ็ญ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
แนวคิดหลักการและเหตุผล	1
โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด	3
วัตถุประสงค์	8
คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด	9
ระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรม	9
รูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม	9
โครงสร้างของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด	9
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการ ประเมินสถานการณ์	13
กิจกรรมที่ 2 ประเมินความเครียดตามการรับรู้และประสบการณ์จาก สถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	19
กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และทักษะการดูแลผู้ป่วย จิตเภท	29
กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	54
กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	64
กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด	78
กิจกรรมที่ 7 การประเมินซ้ำ	86
รายการอ้างอิง	96

แผนการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ระเบียบระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถ

1. มีความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป
2. บอกวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ระเบียบ ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับหลังการเข้าร่วมกิจกรรม
3. บอกถึงขั้นตอนของกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความไว้วางใจและความคุ้นเคยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการใช้สื่อสารทั้งทางด้านภาษาและท่าทาง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป ซึ่งผู้วิจัยแนะนำตนเอง และบอกวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ระเบียบ ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น 3 ขั้นตอน คือ การประเมินขั้นปฐมภูมิ การประเมินขั้นทุติยภูมิ และการประเมินซ้ำ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจในการประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นตามลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนมากขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1/1 กระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล
2. นำเสนอโดย Power Point

การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม ความสนใจ การซักถาม และการร่วมแสดงความคิดเห็น

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ การสอน	เกณฑ์การ ประเมินผล
1. เพื่อให้ ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทมีความ ไว้วางใจและ ไว้วางใจและ ให้ความ ร่วมมือในการ เข้าร่วม กิจกรรมครั้ง ต่อไป	การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความ ไว้วางใจและ ความคุ้นเคยกับผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทโดยการ ใช้สื่อสารทั้งทางด้าน ภาษาและท่าทาง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภทมีความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือใน การเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งต่อไป	- ผู้วิจัยพูดคุยสร้าง สัมพันธภาพและ บรรยากาศที่เป็นมิตร ด้วย การสบตา ยิ้มแย้มแจ่มใส และพูดคุยด้วยท่าทีที่เป็น มิตร โดยการซักถามเรื่อง ทั่วไปเป็นรายบุคคล เช่น “วันนี้อากาศเป็นอย่างไร บ้างคะ” “เดินทางมากัน อย่างไรคะ” “ระยะทาง จากบ้านมาที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลไกล ไหมคะ” เพื่อสร้าง ความคุ้นเคยและความรู้สึก ไว้วางใจ - ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และ ให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตัว โดยผู้วิจัยให้ความสนใจ และตั้งใจฟังในขณะที่ สมาชิกทุกคนแนะนำตัว		- ประเมิน จากการ สังเกตสีหน้า พฤติกรรม ความสนใจ การซักถาม และการร่วม แสดงความคิดเห็น

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ การสอน	เกณฑ์การ ประเมินผล
<p>2. ผู้ดูแล ผู้ป่วย จิตเภท สามารถบอก วัตถุประสงค์ ในการ ศึกษาวิจัย ระเบียบ ระยะเวลาใน การเข้ากลุ่ม และประโยชน์ ที่จะได้รับหลัง การเข้าร่วม กิจกรรม</p>	<p>- วัตถุประสงค์ในการ เข้าร่วมโปรแกรม เสริมสร้างทักษะการ เผชิญความเครียด เพื่อ เสริมสร้างให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะ การเผชิญความเครียด ที่มีประสิทธิภาพ มี ความรู้ในเรื่องโรคจิต เภท และทักษะในการ ดูแลผู้ป่วย และส่งผล ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมี ความสามารถในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่ม มากขึ้น - ระเบียบในการเข้า กลุ่ม - ระยะเวลาใน การเข้ากลุ่มจำนวน 4 สัปดาห์สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 1-2 กิจกรรมๆละ 60-90 นาที -ประโยชน์ที่จะได้รับใน การเข้าร่วมกิจกรรม คือ 1. ทำให้ผู้ดูแลทราบถึง แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ในชุมชน และ ความสำคัญของการใช้</p>	<p>- ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการเข้าร่วมโปรแกรม เสริมสร้างทักษะการเผชิญ ความเครียดในแต่ละ กิจกรรม ระเบียบ และ ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับใน การเข้าร่วมกิจกรรม - ผู้วิจัยแจ้งวัน เวลา และ สถานที่ในการเข้าร่วม กิจกรรมครั้งต่อไป คือ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลถ้ำรงค์ และ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลหนองกระ เจ็ด</p>	<p>นำเสนอ โดย Power Point</p>	<p>- ประเมิน จากการ สังเกตสีหน้า พฤติกรรม ความสนใจ และการ ซักถาม - ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิต เภท บอกถึง วัตถุประสงค์ ในการวิจัย ระเบียบ ระยะเวลาใน การเข้ากลุ่ม และ ประโยชน์ที่ จะได้รับหลัง การเข้าร่วม กิจกรรมได้ อย่างถูกต้อง</p>

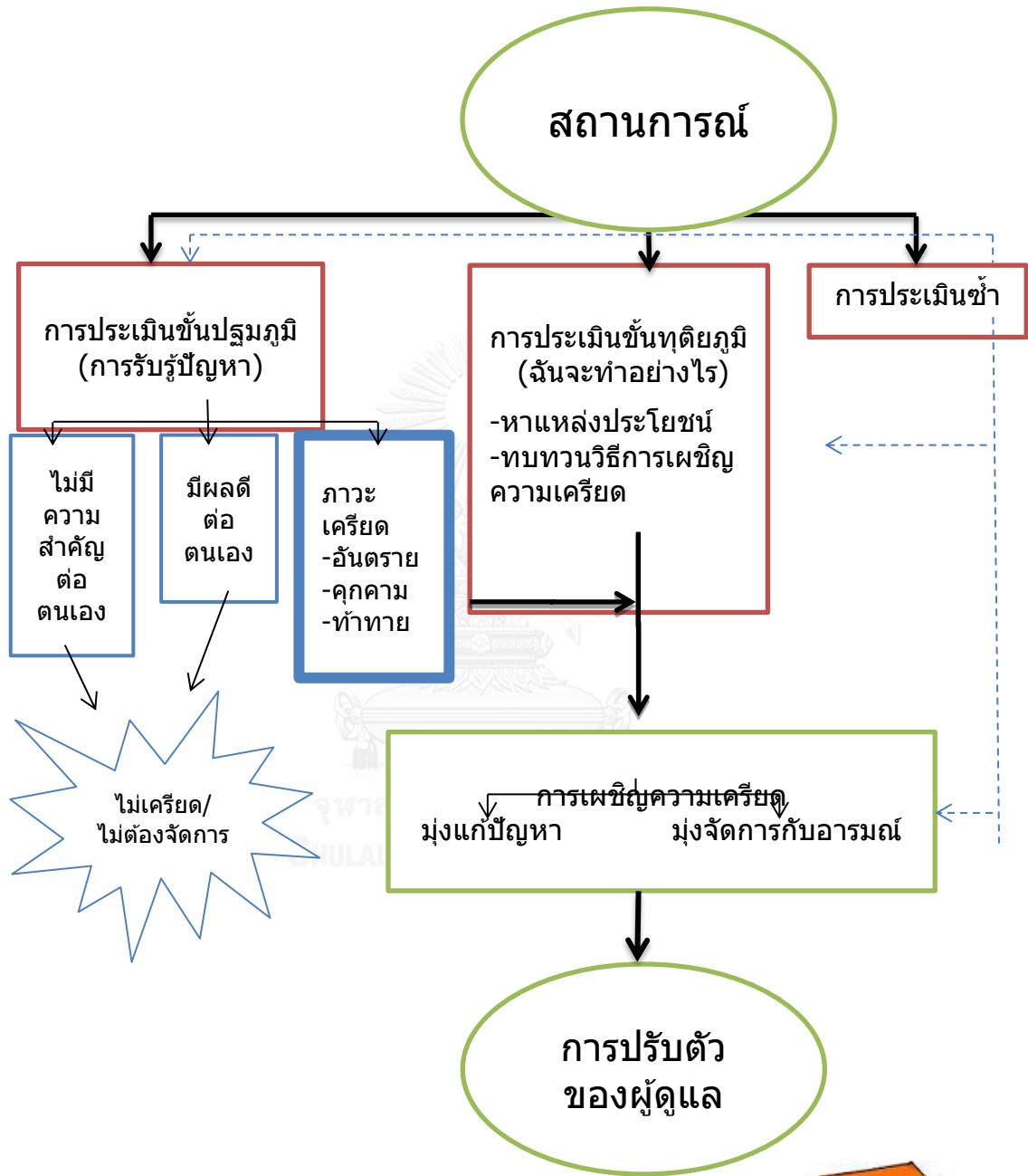
วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ การสอน	เกณฑ์การ ประเมินผล
	<p>แหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>2. ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท อาการแสดง ยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้น</p> <p>3. ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการทำกิจวัตรประจำวันและการรับประทานยา โดยการใช้การสื่อสารทางด้านบวก</p> <p>4. ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน และเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหามากขึ้น</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ การสอน	เกณฑ์การ ประเมินผล
	5. ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องความเครียดรูปแบบการเผชิญความเครียด และมีทักษะในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ			
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบอกถึงขั้นตอนของกระบวนการประเมินทางความคิดได้	ความเครียดของบุคคลเกิดจากการรับรู้และประเมินปัญหาว่าควรทำอย่างไรต่อความเครียดที่เกิดขึ้นนั้น โดยผ่านกระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน คือ การประเมินขั้นปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อตนเองอย่างไร ได้แก่ ไม่มีผลต่อตนเอง หรือเป็นภาวะเครียด หลังจากนั้นจึงเข้าสู่การประเมินขั้นทุติยภูมิ เมื่อรับรู้ว่าเป็นภาวะเครียดจะสามารถ	- ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิดตามใบความรู้ที่ 1/1 - เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม - ผู้วิจัยแจ้งวัน เวลา และสถานที่ในการ	- ใบความรู้ที่ 1/1	- ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถบอกถึงขั้นตอนของกระบวนการ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ การสอน	เกณฑ์การ ประเมินผล
	<p>จัดการกับสถานการณ์นั้นอย่างไร โดยการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และเลือกใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดเพื่อการปรับตัวต่อความเครียดในขณะนั้น และทำให้ความเครียดของบุคคลนั้นลดลงได้ ซึ่งหากใช้วิธีการแก้ไข ปัญหาแล้วไม่ดีขึ้น อาจประเมินสถานการณ์ใหม่อีกครั้ง เพื่อหาแนวทางในการแก้ไข ปัญหาใหม่</p>			

ใบความรู้ที่ 1/1

กระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล



คู่มือสำหรับญาติ
ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



จัดทำโดย

นางมัลลิกา จันทรเพ็ญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY



คำนำ

ปัจจุบันนโยบายการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตของประเทศไทยเน้นที่ให้การรักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้นเฉพาะที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงเท่านั้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด เพื่อให้กลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน ดังนั้นผู้ดูแลหลักจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากผู้ดูแลมีหน้าที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย จากการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด และทำให้ผู้ดูแลขาดประสิทธิภาพในการดูแล เช่น การไม่เอาใจใส่หรือการละเลยการดูแลผู้ป่วยได้

ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีความอดทนและมีความเสียสละเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ผู้จัดทำคาดหวังว่า “คู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” จะเป็นประโยชน์และแนวทางในการดำเนินชีวิตร่วมกันของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนได้อย่างเป็นสุข รวมถึงการยอมรับเข้าใจในตัวผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น

มัลลิกา จันทร์เพ็ญ

พฤศจิกายน 2557

สารบัญ

	หน้า
โรคจิตเภทคืออะไร	1
โรคจิตเภทเกิดจากอะไร	2
โรคจิตเภทรักษาได้อย่างไร	3
ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยมีอาการจากการใช้ยา	4
บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	5
พูดอย่างไรจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย	7
ผลกระทบของความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	9
วิธีคลายเครียดสำหรับญาติ	10
บรรณานุกรม	12



โรคจิตเภทคืออะไร

โรคจิตเภท คือ โรคที่มีความผิดปกติของความคิดและพฤติกรรมเป็นอาการเด่น ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ไม่เหมาะสม โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังซึ่งส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ และมีความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ โดยที่สติปัญญายังคงดีอยู่ และไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนใด



อาการของโรคจิตเภท

1. ความผิดปกติของความคิด เช่น การหลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย หลงผิดว่าผู้อื่นนินทา หลงผิดว่าตนเป็นใหญ่ เป็นต้น
2. ความผิดปกติของการรับรู้ เช่น อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน หูแว่วบอกว่าได้ยินเสียงคนพูดด้วย การเห็น การได้กลิ่น และ การสัมผัส
3. ความผิดปกติด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย ไม่แสดงความรู้สึกใดๆ และแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ เช่น พูดเรื่องเศร้าแต่ยิ้ม
4. ความผิดปกติด้านพฤติกรรม เช่น การแต่งกายสกปรก พูดคนเดียว ยิ้มคนเดียว ความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่งลง

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการ

ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางมัลลิกา จันทรเพ็ญ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพงสวาย อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

(ที่บ้าน) 220/31 ซ.วิจิตรวงการ11 (หมู่บ้านสรรเสริญวิลล่า) หมู่ 10 ตำบล

ดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-3232-8673 (ที่บ้าน) - (เคลื่อนที่) 08-1856-8007

E-mail art_sayan@yahoo.co.th

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร และเกี่ยวข้องกับอะไรหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอย่างไร รวมทั้งข้อดีข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

3.2 เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ดูแลเพศชายหรือหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 20 – 59 ปี ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยตรง ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ จากการดูแล มีความสัมพันธ์ทาง

สายเลือดหรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร สามี ภรรยา ที่ให้การดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สามารถเข้าใจภาษาไทยและพูดคุยโต้ตอบได้ รวมทั้งไม่มี ปัญหาทางการได้ยินและการมองเห็น มีคะแนนความเครียดตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป โดยวัดจากแบบ ประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิตสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเรื่องผลของ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน

กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ระหว่างสัปดาห์ที่ 1-4 จาก การมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ บ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับคำคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลใน การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และเรื่องปัญหาต่างๆจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากพยาบาล วิชาชีพ

กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดโดย ใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ร่วมกับการประยุกต์จาก โปรแกรมที่อภิชา แซ่มซ้อย (2550) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม 7 ครั้ง ครั้งละ 1-2 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ดำเนินการในรูปแบบกระบวนการกลุ่มๆ ละ 10 คน ได้แก่ **ครั้งที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์ **ครั้งที่ 2** ประเมินความเครียดตามการรับรู้และประสบการณ์จากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิต เภท **ครั้งที่ 3** ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท **ครั้งที่ 4** ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ **ครั้งที่ 5** ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา **ครั้งที่ 6** ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด **ครั้งที่ 7** การประเมินซ้ำ

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจาก โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะการเผชิญความเครียด ทักษะการแก้ไขปัญหา แหล่งประโยชน์ที่มีใน ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผล และการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และ หากผู้วิจัยมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บไว้เป็น**ความลับ** ไม่มีการเปิดเผยนอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

9. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail : eccu@chula.ac.th



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการ
ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางมัลลิกา จันทร์เพ็ญ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพงสวาย อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

(ที่บ้าน) 220/31 ซ.วิจิตรการ11 (หมู่บ้านสรรเสริญวิลล่า) หมู่ 10 ตำบลดอนตะโก
อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-3232-8673 (ที่บ้าน) - (เคลื่อนที่) 08-1856-8007

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและได้รับ
คำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
โดยข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการ
ถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอ
ข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้นไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

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

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ

(นางมัลลิกา จันทร์เพ็ญ)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ

(.....)

พยาน





ที่ ศส 0512.11/007



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มกราคม 2558

เรื่อง ขอสเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสมบูรณ์) 10 ชุด
2. คู่มือโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด 10 ชุด

เนื่องด้วย นางมัลลิกา จันทร์เพ็ญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนางานวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางมัลลิกา จันทร์เพ็ญ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา เจริญวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติภารกิจแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผ่านวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 02-2181-1160

ชื่อนิสิต

นางมัลลิกา จันทร์เพ็ญ โทร. 08-1856-8007



หมายเลข คจ.ม.พ.บ.ที่ 02 /2558

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี
ฉบับนี้ให้ไว้ เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแล
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน”

“The Effect of Coping Skills Enhancement Program on caring ability of
schizophrenic patients' caregivers in the community”

ผู้วิจัย : นางมัลลิกา จันทร์เพ็ญ
สังกัด : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพงสวาย อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี
ได้พิจารณาโครงการวิจัยเรื่องนี้แล้ว มีความเห็นว่า โครงการวิจัยที่จะดำเนินการ มีความสอดคล้องกับ
หลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับ และ ข้อกำหนดภายในประเทศ

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัย ตามข้อเสนอโครงการวิจัยนี้ได้

(ลงนาม).....

(นายแพทย์วิทยา เพ็ชรดาชัย)

ประธานคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ จังหวัดเพชรบุรี

วันที่ 27 เดือน มกราคม พ.ศ. 2558

วันที่ประชุมครั้งแรก 22 ธันวาคม พ.ศ. 2557

รับรองตั้งแต่ วันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2558

วันหมดอายุ: วันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2559

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
สำนักงาน: อาคารเฉลิมพระเกียรติปิฎกญาติานุรักษ์ ชั้น 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ถ.ราชวิถี อ.เมือง
โทร.(032) 425100 ต่อ 1307 โทรสาร (032) 425286

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางมัลลิกา จันทรเพ็ญ เกิดวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2518 ที่จังหวัดราชบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ในปีการศึกษา 2540 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพงสวาย อำเภอมือง จังหวัดราชบุรี E-mail: art_sayan@yahoo.co.th

