

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF CAREGIVERS' SELF EFFICACY PROMOTING PROGRAM ON CAREGIVER
BURDEN OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

Mrs. Wantanee Lumlert



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อ
	ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
โดย	นางวันทนีย์ ล้ำเลิศ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศจีมาจ ญ วิเชียร)

วันทนีย์ ล้าเลิศ : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF CAREGIVERS' SELF EFFICACY PROMOTING PROGRAM ON CAREGIVER BURDEN OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 236 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) เปรียบเทียบภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล 2) เปรียบเทียบภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 40 คน จากนั้นได้รับการจับคู่ด้วยรายได้ของผู้ดูแลแล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้ง เพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 มิติ ได้แก่ ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล 2) แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านโดยมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

- 1) ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2) ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5677210136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SELF-EFFICACY PROMOTING PROGRAM / CAREGIVER BURDEN / CAREGIVER OF SCHIZOPHRENIC / SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

WANTANEE LUMLERT: THE EFFECT OF CAREGIVERS' SELF EFFICACY PROMOTING PROGRAM ON CAREGIVER BURDEN OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 236 pp.

The purposes of this two groups pretest-posttest quasi experimental research were to compare : 1) the burden in caring of schizophrenic patients before and after received the caregivers' self-efficacy promoting program, and 2) the burden in caring of schizophrenic patients who received the caregivers' self-efficacy promoting program and those who received regular nursing care. A research sample consisted of 40 caregivers of schizophrenic patients who attended out patient psychiatric department of one general hospital. They were selected according to the inclusion criteria and then matched pair by incomes and randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the caregivers' self-efficacy promoting program composed of 6 activities to decrease two dimensions of caregivers' burden subjective burden and objective burden. The control group received regular nursing care. Research instruments were: 1) The caregivers' self-efficacy promoting program, and 2) The caregiver burden scale. The instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The Chronbach's Alpha coefficient of reliability of the caregiver burden scal was .91. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows: 1) the burden in caring of schizophrenic patients after received the caregivers' self-efficacy promoting program was significantly lower than that before, at .05 level; 2) the burden in caring of schizophrenic patients of caregivers who received the caregivers' self-efficacy promoting program was significantly lower than those caregivers who received regular nursing care, at .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2015

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็นอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา ส่งเสริมและให้กำลังใจ เป็นทั้งแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น และอดุสาหะพยายาม ทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อูทิศ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ศจีมาจ ณ วิเชียร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจ ให้ข้อคิด คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาจนได้เครื่องมือการศึกษาที่สมบูรณ์ ขอขอบคุณ คุณบุบผา ธนิกกุล และคุณสุนันทา นวลเจริญ ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการศึกษา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา หัวหน้ากลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน ดร. วิภาวี เผ่ากันทรากกร ที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการทำกลุ่มในผู้ป่วยจิตเวช และผู้ดูแล และได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิด ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา ส่งเสริมและให้กำลังใจ ขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช ที่ให้ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองชุมพร ที่ให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูล และได้มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	10
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	10
สมมติฐานการวิจัย	15
ขอบเขตการวิจัย	15
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	15
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	19
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	20
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท	22
2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	35
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	43
4. แนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	48
5. แนวคิดการสร้างพลังความสามารถ	61
6. แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram.....	71
7. โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล	78
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	87
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	93

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	93
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	97
การดำเนินการทดลอง	111
การวิเคราะห์ข้อมูล	149
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	151
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	162
สรุปผลการวิจัย.....	169
อภิปรายผลการวิจัย.....	170
ข้อเสนอแนะ	180
รายการอ้างอิง	182
ภาคผนวก.....	196
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	197
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา	199
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	201
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	216
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย และ หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	231
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	236

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 สรุปการบูรณาการแนวคิดการจัดกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล.....	79
ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	114
ตารางที่ 3 แผนกำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดพันไกร และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก.....	116
ตารางที่ 4 คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล (n = 20).....	147
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และระดับการศึกษา (n=40).....	152
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม สถานภาพการสมรส อาชีพ และรายได้ (n=40)	153
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (n=40)	154
ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test) โดยรวมและรายด้าน.....	155
ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test) โดยรวมและรายด้าน.....	157
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล (n=20).....	159
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n=20).....	160
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)	161

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชชนิดที่พบบ่อยที่สุดในจำนวนโรคจิตชนิดต่างๆ (อรพรรณ ลีอบุญธวัชชัย, 2554; มาโนช หล่อตระกูล, 2555) จัดเป็นโรคจิตเวชชนิดรุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคจิตเภท เป็นสาเหตุอันดับ 5 ของบรรดาโรคทั้งหมดที่ทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถและตายก่อนเวลาอันสมควร (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552; Awad and Voruganti, 2008) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และมีอัตราการกำเริบสูง (ธวัชชัย ลิฬหานาจ, 2552; พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552; มาโนช หล่อตระกูล, 2555; Awad and Voruganti, 2008; Durmaz and Okanli, 2014)

จากการศึกษาทางระบาดวิทยาและการรักษาโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ของโรคจิตเภทมีค่าประมาณ 15.2 ต่อ 100,000 คนต่อปี ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณ 4 คน ต่อประชากร 1,000 คน (ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2552) ทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (WHO, 2011) ในประเทศไทยจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตพบว่า มีประชากรทั้งประเทศ 64,785,909 คน เป็นโรคจิตเภท 394,695 คน (กรมสุขภาพจิต, 2556) และในช่วงปีงบประมาณ 2555-2557 ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจำนวนมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางจิตเวชชนิดอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 36.12 , 35.01 และ 38.67 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2558) และในช่วงปีงบประมาณ 2555-2557 ในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจำนวนมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางจิตเวชชนิดอื่นๆ เช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 24.91 , 26.82 และ 41.03 ตามลำดับ (โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์, 2558) จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลและกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชนนั้นมีจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) (1998) ประมาณว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 40-90 อาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Igberase et al. (2010) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 84.50 อาศัยอยู่กับครอบครัว และจากการศึกษาของ ขนิษฐา สุขทอง (2555) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับ

ครอบครัวในชุมชน ซึ่งครอบครัวเป็นสถาบันหลักที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Thompson and Doll, 1982; Awad and Voruganti, 2008)

สถานการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทได้เปลี่ยนจากการใช้โรงพยาบาลเป็นฐานสู่การให้ความสำคัญในการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดูแล (Provencher, 1996; Ohaeri, 2001; Awad and Voruganti, 2008) ดังนั้นผู้ป่วยจะได้เข้ารับการรักษาดำเนินอยู่ในโรงพยาบาลในระยะเฉียบพลันหรือระยะอาการกำเริบเท่านั้น เมื่ออาการทุเลาลงก็จะได้รับการส่งมอบหมายสู่ครอบครัวในชุมชนทันที ซึ่งระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยยังไม่ดีพอ หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชน แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้วก็ตามแต่ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทุกๆ 1 ราย ใน 10 ราย ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการดำเนินโรค (ธวัชชัย ลีพหานาจ, 2552) และร้อยละ 90 จะมีความบกพร่องด้านกระบวนการคิด (Keefe et al., 2004; Kurtz et al., 2008) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ การมีกลุ่มอาการด้านลบ หรือบางรายยังคงมีกลุ่มอาการด้านบวกอยู่แม้ว่าจะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม (ธวัชชัย ลีพหานาจ, 2552; มาโนช หล่อตระกูล, 2555; Chien, Chan and Morrissey, 2007; Awad and Voruganti, 2008) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ นภภรณ์ พิงเศสุทร (2554) ที่พบปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ผู้ป่วยขาดการรับประทานอย่างต่อเนื่องและมีอาการกำเริบรุนแรงเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น เดินตัวแข็ง น้ำลายไหล มือสั่น ทำให้ไม่ยอมรับประทานยา ผู้ป่วยไม่ยอมปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน เช่น ไม่อาบน้ำชำระร่างกายหลายวัน มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ คือ การแยกตัว ไม่ค่อยพูดคุย นอนทั้งวัน ไม่ช่วยเหลืองานในครอบครัว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Durmaz and Okanli (2014) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 33.9 พฤติกรรมผิดปกติ ร้อยละ 32.3 มีปัญหาในการสื่อสาร ร้อยละ 16.1 ปฏิเสธการรักษา ร้อยละ 12.9 ไม่เชื่อฟังผู้ดูแล ร้อยละ 4.8 และผู้ป่วยไม่มีอาชีพ ร้อยละ 46.8 นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ และขาดทักษะในการแก้ไขปัญหา (มาโนช หล่อตระกูล, 2555; ชัญชฎา คมขำ, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vasile et al. (2008) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนปกติทั่วไป และมักจะเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดประเภทต่างๆ การหลีกเลี่ยง หนี ถดถอย แยกตัวจากสังคม การโทษคนอื่น การก้าวร้าว และการทำร้ายตนเอง

ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญและเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วย จะได้รับผลกระทบโดยตรงจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลือต่อจากบุคลากรทางการแพทย์ (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552; Lim and Ahn, 2003) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวและผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข (จิราภรณ์ นพคุณ และจิระพรรณ สุริยงค์, 2551) ซึ่งให้การดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาทิเช่น การรักษาความสะอาดของร่างกาย (ธัญชนก เต่าทอง, 2554; สุณีย์ แสงดาว, 2555) การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การให้มีส่วนช่วยทำงานเล็กๆ น้อยๆ ภายในบ้าน (บุบผา ธนิกกุล, 2555; สุณีย์ แสงดาว, 2555) การสังเกตและระแวดระวังอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแล และสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวรวมทั้งบุคคลอื่นในชุมชนจากการก้าวร้าวใช้ความรุนแรง การวางเพลิง ตลอดจนการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) คอยตักเตือนในสิ่งเลวร้ายทุกชนิด (ชัญชญา คมขำ, 2556) การดูแลให้ได้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ (สุชาดา เวชการุณา, 2556) การสังเกตอาการข้างเคียงของยา การสังเกตอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำและให้การช่วยเหลือ (วารุณี แสงเมฆ, 2555; มัลลิกา จันทรเพ็ญ, 2557) การนำผู้ป่วยไปตรวจรักษาตามนัด การปรับตัวในการเผชิญปัญหา (ธัญชนก เต่าทอง, 2554; สุชาดา เวชการุณา, 2556) การชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม (นพรัตน์ ไชยชานี, 2553) การจัดทำตารางเวลาและการจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (ชัญชญา คมขำ, 2556) การสนับสนุนและให้กำลังใจ (มัลลิกา จันทรเพ็ญ, 2557) การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (มัลลิกา จันทรเพ็ญ, 2557; Grandon et al., 2008) การดูแลให้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (สุชาดา เวชการุณา, 2556; Savundranayagam et al., 2011) การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ขาดรายได้ (Igberase et al., 2010) ความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยหรือภาระงานที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย ประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลที่มีอยู่เดิม มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้า รวมทั้งมีเวลาสำหรับตนเองในการประกอบอาชีพ เข้าสังคม หรือทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรจะได้รับผิดชอบต่อชีวิตตนเองน้อยลง ทำให้รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Awad and Voruganti, 2008; Montgomery et al., 1985; Yikikan et al., 2014)

ภาระการดูแล หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากงานความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแลและครอบครัว โดยแบ่งภาระออกเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน เป็นความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระส่วนตัวลดลง การมีเวลาทำกิจกรรม

ร่วมกับสังคมลดลง การมีสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวลดลง มีปัญหาหน้าที่การงาน และปัญหา ด้านสุขภาพ 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกริยาการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแล เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความเครียด ความรู้สึกเป็นทุกข์ ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกหวาดกลัว ความรู้สึกวิตกกังวล ความรู้สึก อับอาย ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้า (Montgomery et al., 1985)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระการดูแล พบการศึกษาทั้ง 2 มิติ ดังเช่นการศึกษา ของ Provencher (1996) ที่ศึกษาเรื่อง ภาระของผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่า ภาระของผู้ดูแลที่พบบ่อยที่สุด คือ ปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแล ร้อยละ 88 ครอบคลุมการทำงาน ของผู้ดูแล ร้อยละ 84 สัมพันธภาพในครอบครัวที่ตึงเครียด ร้อยละ 84 การรบกวนชีวิตทั่วไป ของผู้ดูแล ร้อยละ 83 ความกดดันที่ส่งผลให้มีความจำเป็นต้องออกจากบ้านชั่วคราว ร้อยละ 54 และมี ปัญหาทางการเงิน ร้อยละ 56 รวมทั้งมีปัญหาด้านร่างกาย ร้อยละ 59 สอดคล้องกับ การศึกษาของ Magliano et al. (2005) ที่ศึกษาเรื่อง ภาระครอบครัวปัญหาระยะยาว : การศึกษา เปรียบเทียบในผู้ป่วยจิตเภทกับความผิดปกติทางกาย พบว่า ผู้ดูแลต้องละทิ้งการทำงานอดิเรก ร้อยละ 45 มีความยากลำบากในการพักผ่อน ร้อยละ 47 มีความยากลำบากในการหาความบันเทิง ความเพลิดเพลินที่บ้าน ร้อยละ 31 มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 83 และมีความรู้สึกสูญเสีย ร้อยละ 62 และจากการศึกษาของ Thompson and Doll (1982) ที่ศึกษาเรื่อง ภาระการเผชิญ ปัญหาของครอบครัวกับการเจ็บป่วยทางจิต : ช่วงวิกฤตที่มองไม่เห็น พบว่า ผู้ดูแลมีภาระเชิงปรนัย โดยรวม ร้อยละ 73 และภาระเชิงอัตนัยโดยรวม ร้อยละ 77 ได้แก่ ผู้ดูแลมีบทบาทที่เครียด ร้อยละ 30 การรบกวนชีวิตประจำวันของครอบครัว ร้อยละ 30 มีภาระด้านการเงิน ร้อยละ 38 ต้องดูแล ผู้ป่วยใกล้ชิด ร้อยละ 50 มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนบ้าน ร้อยละ 20 มีความรู้สึกยุ่งยากลำบากใจ ร้อยละ 46 รู้สึกแบกภาระที่หนักเกินไป ร้อยละ 72 รู้สึกเหมือนติดกับดัก ร้อยละ 42 รู้สึกไม่พอใจ ร้อยละ 40 รู้สึกเหมือนถูกแยกออกจากสังคม ร้อยละ 27 สอดคล้องกับผลจากการศึกษาของ Igberase et al. (2010) ที่ศึกษาเรื่อง ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไนจีเรีย พบว่า ผู้ดูแลมีความ อับอายเนื่องจากเพื่อน/เพื่อนบ้านรู้ว่ามิญาติป่วยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 52 มีภาระด้านการเงิน ร้อยละ 52.5 มีความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 24 และพบว่าภาระของผู้ดูแลในภาพรวมอยู่ใน ระดับสูง ร้อยละ 53.5 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Durmaz and Okanli (2014) ที่ศึกษาเรื่อง ผล ของระดับความสามารถของตนเองของผู้ดูแลกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลมี ประสบการณ์ที่ยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย และพบว่าภาระของผู้ดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chin, Chan and Morrissey (2007) ที่ศึกษาเรื่อง การรับรู้ภาระของ ผู้ดูแลชาวจีนที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ภาระของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน

สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของ จิราพร รักรการ (2549) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลจำนวน 30 คน มีคะแนนการรับรู้ภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.33 ระดับมาก ร้อยละ 13.33 และภาวะการดูแลของผู้ดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา สุขทอง (2555) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลจำนวน 32 คน มีคะแนนการรับรู้ภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.25 ระดับมาก ร้อยละ 21.88 และภาวะการดูแลของผู้ดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีหลายปัจจัย ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแล ได้แก่ อายุ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544; รจนา ปุณโณทก, 2550; Montgomery et al., 1985; Greenberg et al., 1993; Chien et al., 2008) รายได้ (ขนาน หัสศิริ, 2537; ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544; รจนา ปุณโณทก, 2550; Montgomery et al., 1985; Chien et al., 2008) ระดับการศึกษา (รจนา ปุณโณทก, 2550; Greenberg et al., 1993) เพศ (Noh & Turner, 1987) สถานภาพการสมรส (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537; Warkeit, 1987) อ้างอิงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (รจนา ปุณโณทก, 2550) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (Doombos, 2002) จำนวนสมาชิกในครอบครัว (Crotty & Kuly, 1986; Chien et al., 2008) การสนับสนุนทางสังคม (Chien et al., 2008) ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและข้อมูลที่เป็นในการดูแลผู้ป่วย (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549; Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997) วิธีการเผชิญปัญหา (Lim and Ahn, 2003) การรับรู้ความสามารถของตนเองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (Durmaz and Okanli, 2014) การดูแลตนเอง (Montgomery et al., 1985; Schmall et al., 2000) การแสดงออกทางอารมณ์ (Sczufca and Kuiper, 1996) การรับรู้ความรุนแรงของโรคและความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วย (รจนา ปุณโณทก, 2550) 2) ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ พฤติกรรมของผู้ป่วย (Awad and Voruganti, 2008) และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Thompson and Doll, 1982)

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นลักษณะงานที่หนัก (Montgomery et al., 1985) ซึ่งผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือที่ครอบคลุมทั้งทางด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการรักษา ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง โดยการดูแลนั้น จะต้องให้การดูแลช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน (จิราภรณ์ นพคุณขจร และจิระพรรณ สุริยงค์, 2551) จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล (Reinhard and Horwitz, 1995) ผลกระทบต่อสุขภาพกาย อาทิเช่น ทำให้ผู้ดูแลขาดการพักผ่อน และออกกำลังกาย รู้สึกเหน็ดเหนื่อย เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) รับประทาน

อาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน สุขภาพร่างกายทรุดโทรม ปวดศีรษะ ใจสั่น แขนหน้าอก นอนไม่หลับ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ บางรายมีความดันโลหิตสูง และถูกผู้ป่วยทำร้าย (อรรรรณ ฆ้องต่อ, 2550; นพรัตน์ ไชยธานี, 2553; มัลลิกา จันทรเพ็ญ, 2557; Montgomery et al.,1985; Provencher, 1996) และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต อาทิเช่น ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกหวาดกลัว ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกน้อยใจ (จิราพร รักการ, 2549; ขนิษฐา สุขทอง, 2555; บุบผา ธนิกกุล, 2555; สุณีย์ แสงดาว, 2555; Montgomery et al.,1985; Backer, 1989; Robinson, 1994; Yikikan et al., 2014) ความรู้สึกไม่มีความสุข ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ความรู้สึกสูญเสีย ความรู้สึกเป็นตราบาป และมีภาวะซึมเศร้า (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; จิราพร รักการ, 2549; บุบผา ธนิกกุล, 2555; วารุณี แสงเมฆ, 2555; Montgomery et al.,1985; Igberase et al., 2010; Durmaz and Okanli, 2014; Yikikan et al., 2014) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hou et al. (2008) ที่ศึกษาเรื่อง การสำรวจภาวะของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในไต้หวัน พบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลสูงที่สุด รองลงมาเป็น ความรู้สึกผู้ป่วยพึ่งพา ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกผิด และความรู้สึกเป็นตราบาป นอกจากนี้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดูแล อาทิเช่น ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้สนใจความรับผิดชอบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ความสัมพันธ์ในหมู่ญาติพี่น้องห่างเหิน ตึงเครียด ทำให้มีความขัดแย้งในครอบครัวได้เสมอๆ รบกวนกิจกรรมที่ปกติของครอบครัว รายได้ของครอบครัวลดลงจากการที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552; สุณีย์ แสงดาว, 2554; อรรรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; Provencher, 1996; Igberase et al., 2010) และส่งผลกระทบต่อสังคม อาทิเช่น ผู้ดูแลถูกจำกัดการใช้ชีวิตในสังคมหรือกิจกรรมในเวลาว่าง ทำให้ขาดเพื่อนฝูงในสังคม หรือมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Provencher, 1996; Awad and Voruganti, 2008) ผู้ดูแลต้องหยุดงานเป็นประจำเพื่อไปรับยาแทนผู้ป่วยหรือพาผู้ป่วยไปตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง และในที่สุดต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (บุบผา ธนิกกุล, 2555; สุณีย์ แสงดาว, 2555; Provencher, 1996; Durmaz and Okanli, 2014) ทำให้มีความห่างเหินกับสังคม (มัลลิกา จันทรเพ็ญ, 2557) ผู้ป่วยบางรายมีอาการหลงผิด ประสาทหลอนและมีพฤติกรรมที่รบกวนเพื่อนบ้านก็จะส่งผลถึงความสัมพันธ์ที่ขัดแย้งกับเพื่อนบ้านด้วย (สุชาดา เวชการุณา, 2556) นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายยังถูกสังคมรังเกียจ และมีความรู้สึกเป็นตราบาปทางสังคม (บุบผา ธนิกกุล, 2555; Hou et al., 2008) จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (Montgomery et al.,1985) หากไม่ได้รับการช่วยเหลือให้ภาระการดูแลลดลง จะส่งผลให้ผู้ดูแลไม่เอาใจใส่ ละเลยต่อบทบาทผู้ดูแล หรือการดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม ขาดประสิทธิภาพ (Eakes, 1995) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นกับอาการของตนเองมากขึ้นหรือมีอาการ

กำเริบจากการขาดยาได้ (มาโนชน์ หล่อตระกูล, 2555) ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลสูง และเป็นการสูญเสียความสามารถในการผลิตและทรัพยากรบุคคลเป็นอย่างมาก ส่งผลให้เป็นภาระของสังคมและประเทศชาติ (ปีทมา ศิริเวช, 2552; Durmaz and Okanli, 2014) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องมีการจัดกระทำเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแล เพื่อคงไว้ซึ่งบทบาทของผู้ดูแลที่ประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษา พบว่า สาเหตุสำคัญของการเกิดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและข้อมูลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549; Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Lim and Ahn (2003) ซึ่งศึกษาเรื่อง ภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า หากผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาในทางลบ ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลเชิงอัตนัย สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระจากการดูแลผู้ป่วย คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Gozum, 1999 อ้างถึงใน Durmaz and Okanli, 2014) โดยพบว่า ผู้ดูแลที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ จะขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคจากการดูแลผู้ป่วยจะขาดความพยายามและเลิกกระทำการดูแลผู้ป่วยไปในที่สุด ทำให้ผู้ป่วยเกิดการกลับป่วยซ้ำ ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยตามมา (Durmaz and Okanli, 2014) นอกจากนี้การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลยังมีสาเหตุมาจาก การที่ผู้ดูแลขาดการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ (Montgomery et al., 1985; Schmall et al., 2000) โดยพบว่า หากผู้ดูแลขาดการดูแลตนเองอย่างเพียงพอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จะทำให้การดูแลผู้ป่วยขาดคุณภาพ ผู้ป่วยเกิดการกลับป่วยซ้ำ ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลตามมาเช่นเดียวกัน (Montgomery et al., 1985; Savundranayagam et al., 2011) ดังนั้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและข้อมูลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย การให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น และการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมในการเผชิญปัญหาและเชื่อว่าตนมีความสามารถในการดูแลและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้ประสบผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้รับรู้ภาระการดูแลลดลง

การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม โดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Murrain (1978) ซึ่งแบ่งระยะดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม จะช่วยให้ผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ความรู้และปัญหาต่างๆ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก่สมาชิกภายในกลุ่ม เป็นการให้โอกาสในการเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน และมีการช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการดูแลตนเองของผู้ดูแล รวมทั้งมีการให้และการสนับสนุน

ทางอารมณ์จากกลุ่ม ส่งผลให้การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ จานรรจ์ พงศ์ไพรินทร์ และฐิติวัลค์ ธรรมไพโรจน์ (2552) ที่ศึกษา ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า หากนำกระบวนการกลุ่ม 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ตามแนวคิดของ Marram (1978) มาใช้จะเพิ่มประสิทธิผลในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้

แม้ว่าระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน จะมุ่งเน้นการดูแลในครอบครัวและชุมชนโดยมี บริการสาธารณสุขในระดับชุมชนที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน แต่เนื่องจากยังพบว่าหน่วย บริการสาธารณสุขมีบุคลากรจำกัดและมีภาระงานมาก จึงพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนยังมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจอย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2551) รวมทั้งระบบการพยาบาลตามปกติ มีการให้การดูแลผู้ดูแลที่ยังไม่มีรูปแบบชัดเจน และไม่ได้มีการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มจึงอาจทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ หรือไม่ครอบคลุม และไม่ได้รับการสนับสนุนประคับประคองด้านจิตใจ อารมณ์ จึงทำให้ผู้ดูแลยังรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ

การสร้างพลังความสามารถ (Powerful Tools for Caregivers : PTC) ตามแนวคิดของ Schmall et al. (2000) เป็นกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม สำหรับสนับสนุนผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการ การเรียนรู้ที่สำคัญซึ่งมีการบูรณาการระหว่างแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้ความรู้ วิธีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นการจัดการอารมณ์ วิธีการเผชิญปัญหาโดยการแก้ไขปัญหา และการสนับสนุน (Toseland et al., 2001) โดยการให้สุขภาพจิตศึกษามีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และมีการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตเพื่อลดความตึงเครียด นอกจากนี้การให้ความรู้ดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ปัญหาและความเครียดในการดูแลลดลง ส่งผลให้รับรู้การดูแลลดลง (Montgomery et al., 1985; Savundranayagam et al., 2011) และการสร้างพลังความสามารถยังเป็นการบูรณาการของแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura (1986) ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในตนเอง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การฝึกทักษะ การมีความรู้สึกและทัศนคติทางบวก ตัวแบบ และการจูงใจ (Lorig et al., 2001) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (1986) กล่าวว่า เป็นความเชื่อและการตัดสินใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบผลสำเร็จได้ตามที่ต้องการ ซึ่งบุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะกระทำสิ่งนั้นให้เป็นผลสำเร็จได้ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการฝึกให้มีทักษะอย่างเพียงพอที่จะประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้การรับรู้

ความสามารถของตนเองยังเป็นตัวเชื่อมระหว่าง ความรู้ และการกระทำ เพราะความรู้อย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540; Lawrance and McLeroy, 1986; Lawrance, Levy and Rubinson, 1990) ดังนั้น การที่จะให้ผู้ดูแลแสดงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย นอกจากจะต้องให้ความรู้แล้ว ยังจะต้องให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองด้วย จึงจะทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจกระทำพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้รับรู้ภาวะการดูแลลดลง (Montgomery et al., 1985; Savundranayagam et al., 2011) จะเห็นได้ว่า การสร้างพลังความสามารถตามแนวคิดของ Schmall et al. (2000) สามารถลดการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลลงได้ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Savundranayagam et al. (2011) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส พบว่า การใช้โปรแกรมการสร้างพลังความสามารถ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเครียด และภาวะการดูแลผู้ป่วยลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า มีการศึกษาเพื่อลดภาวะการดูแลของผู้ดูแล อาทิเช่น การใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ โปรแกรมบำบัดครอบครัว โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ โปรแกรมกลุ่มบำบัด ประคับประคอง และการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งพบว่า การเข้าร่วมตามกิจกรรมดังกล่าวสามารถลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลลงได้ แต่ยังไม่พบว่า มีการช่วยเหลือผู้ดูแลในด้านการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย อาทิเช่น ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้า การคลายความเครียดด้วยเทคนิคการพูดกับตัวเอง (Self-talk) และวิธีการมองโลกในแง่ดี รวมทั้งการวางแผนการดูแลตนเองซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลมีเวลาสำหรับตนเองในการประกอบอาชีพ เข้าสังคมหรือทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรจะได้รับผิดชอบต่อชีวิตตนเอง ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำโปรแกรมการสร้างพลังความสามารถตามแนวคิดของ Schmall et al. (2000) มาประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลในประเทศไทย ร่วมกับการนำเอารูปแบบกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มกับผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายเพื่อลดภาวะการดูแลและตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชชนิดที่พบมากที่สุดในจำนวนโรคจิตชนิดต่างๆ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; มาโนช หล่อตระกูล, 2555) ส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและมีอัตราการกำเริบสูง (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552; มาโนช หล่อตระกูล, 2555) เป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการหลงผิด ประสาทหลอน การสูญเสียความสามารถหรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (ธวัชชัย ลิฬหานาจ, 2552; ปัทมา ศิริเวช, 2552) ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีความสำคัญและเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วย ที่จำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลือต่อจากบุคลากรทางการแพทย์ (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552; Lim and Ahn, 2003) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวและผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพและไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (แก้วดา มีศรี, 2554; จิราภรณ์ นพคุณ และจิระพรรณ สุริยงค์, 2551) ซึ่งในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือเป็นระยะเวลายาวนาน (จิราภรณ์ นพคุณขจร และจิระพรรณ สุริยงค์, 2551; นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552) ได้รับความรู้โดยตรงจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (จิราภรณ์ นพคุณขจร และจิระพรรณ สุริยงค์, 2551; นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552) ความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยหรือภาระงานที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย ประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลที่มีอยู่เดิม ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาสำหรับตนเองในการใช้ชีวิตในแง่มุมอื่นๆ ของผู้ดูแลน้อยลง ทำให้รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระทั้งภาระเชิงปรณัยและภาระเชิงอัตนัย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Montgomery et al., 1985; Awad and Voruganti, 2008; Yikikan et al., 2014) โดยพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะการดูแลของผู้ดูแล

ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549; Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997) ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Durmaz and Okanli, 2014) และปัจจัยด้านการดูแลตนเอง (Montgomery et al., 1985; Schmall et al., 2000) ซึ่งหากผู้ดูแลได้รับการดูแลช่วยเหลือในการแก้ไขปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะการดูแลทั้ง 3 ปัจจัยนี้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการลดภาวะการดูแลของผู้ดูแล พบว่า โปรแกรมการสร้างพลังความสามารถ (PTC) ตามแนวคิดของ Schmall et al. (2000) ซึ่งเป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม สำหรับสนับสนุนผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการ การเรียนรู้ที่สำคัญ ซึ่งมีการบูรณาการระหว่างแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้ความรู้ วิธีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นการจัดการอารมณ์ วิธีการเผชิญปัญหาโดยการแก้ไขปัญหา และการสนับสนุน (Toseland et al., 2001) และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura (1986) ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในตนเอง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การฝึกทักษะ การมีความรู้สึกและทัศนคติทางบวก ตัวแบบ และการจูงใจ (Lorig et al., 2001) จะสามารถจัดกระทำกับปัจจัยสำคัญทั้ง 3 ประการที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจาก ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง มีการฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง เพื่อสร้างความสมดุลในชีวิตให้ผู้ดูแล ในบทบาทการดูแลตนเองสำหรับการใช้ชีวิตในแง่มุมอื่นๆ ของผู้ดูแล (Montgomery et al., 1985) และบทบาทการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้ ประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1986) โปรแกรมการสร้างพลังความสามารถ เป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมความสามารถที่มีประสิทธิภาพของผู้ดูแลในการลดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยจึงสนใจประยุกต์โปรแกรมการสร้างพลังความสามารถตามแนวคิดของ Schmall et al. (2000) ร่วมกับการนำเอารูปแบบกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มกับผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ซึ่งแบ่งระยะการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ความรู้และปัญหาต่างๆ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก่สมาชิกภายในกลุ่ม เป็นการให้โอกาสในการเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน และมีการช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการดูแลตนเองของผู้ดูแล รวมทั้งมีการให้และการสนับสนุนทางอารมณ์จากกลุ่ม ส่งผลให้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลลดลง ซึ่ง

เนื้อหาในโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองของผู้ดูแล การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และการวางแผนการดูแลตนเองในแต่ละสัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที รวมเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน (นภาภรณ์ พิงเกษตรสุนทร, 2554) ซึ่งแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อการลดภาระเชิงประนัยและภาระเชิงอัตนัย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเองของผู้ดูแล กิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ให้ความสำคัญกับบทบาทผู้ดูแล สร้างแรงจูงใจ และเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพผ่านกิจกรรมการทำความรู้จัก เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และพร้อมจะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่อกัน (Marram, 1978) อธิบายชี้ให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการทำบทบาทผู้ดูแล และสร้างแรงจูงใจในการทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง โดยชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและมีความต้องการ การเรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) หลังจากนั้นให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท ปัจจัยเสี่ยง และอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับผู้ป่วยและบทบาทการดูแล มีความพร้อมในการเผชิญปัญหา (จิราพร รักษการ, 2549; Caqueo-Urizar et al., 2011) และเชื่อว่าตนมีความสามารถในการดูแลและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ปัญหาและความเครียดในการดูแลลดลง ส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง ทั้งภาระเชิงประนัยและภาระเชิงอัตนัย (Chien, 2008; Chan et al., 2009) และให้ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งสุขภาพดี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ (Won et al., 2008) และให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ เพื่อช่วยให้มีความสำเร็จในการเริ่มต้นการดูแลตนเอง (Schmall et al., 2000) ส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง (Savundranayagam et al., 2011) และให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยและวิธีการจัดการ พร้อมทั้งอภิปรายร่วมกัน หลังจากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและวิธีการจัดการ เพื่อให้ผู้ดูแลมีแนวทาง มีความมั่นใจ สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกลับป่วยซ้ำ (จิราพร รักษการ, 2549; Chien, 2008; Chan et al., 2009) ส่งผล

ให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลลดลง ทั้งภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัย (Montgomery et al., 1985; Paranthaman et al., 2010) และผู้วิจัยสอบถามผลของการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในสัปดาห์ต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด การใช้กิจกรรมการผ่อนคลายประจำวัน และการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งสาธิตการฝึกปฏิบัติ ให้ผู้ดูแลฟังซีดีการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจและการจินตนาการ และให้ฝึกปฏิบัติตาม (กรมสุขภาพจิต, 2551) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีแนวทาง มีทักษะ และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับความเครียดที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการปรับตัวที่ดีขึ้น และพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen and Will, 1985) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ลดความเครียดซึ่งเป็นภาวะเชิงอัตนัยได้ (จิราพร รักการ, 2549; ขนิษฐา สุขทอง, 2555; Savundranayagam et al., 2011) หลังจากนั้นให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนการพูดกับตัวเองด้านลบเป็นวิธีการพูดกับตัวเองด้านบวก พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น และใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างสูงสุด รวมทั้งลดความเครียดได้ (Braiker, 1989) ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลลดลง ทั้งภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัย (Montgomery et al., 1985; Savundranayagam et al., 2011) และให้ความรู้เรื่องวิธีการมองโลกในแง่ดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับความเครียด มีความมั่นใจ และมีความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย (Kuhn et al., 2003) ส่งผลให้ภาวะการดูแลลดลง (Savundranayagam et al., 2011) สอบถามผลของการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในสัปดาห์ต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างสร้างสรรค์ โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้า และให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกดังกล่าวและวิธีการจัดการที่สร้างสรรค์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น มีความผาสุกทางด้านจิตใจ (Boise et al., 2005; Won et al., 2008) ส่งผลให้สามารถลดภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลได้ (Montgomery et al., 1985) สอบถามผลของการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในสัปดาห์ต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถใช้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้ โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแสดงบทบาทสมมติ การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ดูแลกับสมาชิกในครอบครัวแล้วอภิปรายร่วมกัน หลังจากนั้นให้

ความรู้เรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับต่ำ และลดการกลับป่วยซ้ำ (Brown et al., 1972 อ้างถึงใน จิราพร รักการ, 2549; Anderson et al., 1980; 1986) ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้รับรู้ภาวะการดูแลลดลง ทั้งภาวะเชิงปรณัย และภาวะเชิงอัตนัย (Montgomery et al., 1985) และยังทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึกระหว่างคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ในสังคม รวมทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ สอบถามผลของการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 6 การสื่อสารในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ กิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลมีวิธีการสื่อสารที่ถูกต้องในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ โดยผู้วิจัยให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารที่ถูกต้อง เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงความคิดปฏิกิริยาต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสามารถให้การดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมได้ (Savundranayagam et al., 2011) ซึ่งจะช่วยให้ภาวะการดูแลลดลงทั้งภาวะเชิงปรณัย และภาวะเชิงอัตนัย (Montgomery et al., 1985) หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องการดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลเรื่องการให้ยา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การจัดการความเครียด และความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเอง การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ผ่านตัวแบบจริง ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย เป็นวิธีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ และเห็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเอง มีการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้ประสบผลสำเร็จ (สุนันทา นวลเจริญ, 2554; Bandura, 1986) ส่งผลให้ภาวะการดูแลลดลงทั้งภาวะเชิงปรณัยและภาวะเชิงอัตนัย (Montgomery et al., 1985) สอบถามผลของการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย ตอบข้อซักถาม ให้กำลังใจ และให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล
2. ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ดำเนินการวิจัยแบบศึกษาสองกลุ่ม วัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน ที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดเรื้อรังและดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอาการหลงเหลือของโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล

ตัวแปรตาม คือ ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะการดูแล หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากการความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ที่ปรับปรุง โดย บุบผา ธนิกกุล (2554) ประกอบด้วย ภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย

ภาวะเชิงปรนัย หมายถึง เหตุการณ์ที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน เป็นความยากลำบากของผู้ดูแล ที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบ เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระส่วนตัวลดลง การมีเวลาทำกิจกรรมร่วมกับสังคมลดลง การมีสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวลดลง มีปัญหาหน้าที่การงาน และปัญหาด้านสุขภาพ

ภาระเชิงอัตนัย หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกริยาการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแล เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความเครียด ความรู้สึกเป็นทุกข์ ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกหวาดกลัว ความรู้สึกวิตกกังวล ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้า

โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเองแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Schmall et al. (2000) ร่วมกับการนำรูปแบบกระบวนการกลุ่ม 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ตามแนวคิดของ Marram (1978) มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเอง มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง ได้แก่ ทักษะการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ทักษะการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มรวมเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเองของผู้ดูแล หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลและระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน การให้ความสำคัญกับบทบาทผู้ดูแล สร้างแรงจูงใจ และเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ดูแล

ระยะสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเองและประวัติโดยย่อ ผู้ดูแลแนะนำตัวเอง ผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมในครั้งนี้ รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม และสร้างข้อตกลงหรือกติการ่วมกันในการเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะดำเนินการกิจกรรม โดยผู้วิจัยอธิบายชี้ให้ผู้ดูแล เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการทำบทบาทผู้ดูแล สร้างแรงจูงใจในการทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง การส่งเสริมให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และให้ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย โดยทั่วไปร่วมกับการพูดคุย ชักถาม และอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม และการให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสรุปความสำคัญ และความจำเป็นในการทำบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเอง สรุปความรู้เรื่องโรคจิตเภท รวมทั้งการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้

ระยะสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆ ไปกับผู้ดูแล ชี้แจง วัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม และกติกาของการเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะดำเนินกิจกรรม โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยและวิธีการจัดการ พร้อมทั้งอภิปรายร่วมกัน ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการร่วมกับการพูดคุย ซักถาม และอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในสัปดาห์ต่อไป

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสรุปความรู้เรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าวที่ถูกต้องเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆ ไปกับผู้ดูแล ชี้แจง วัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม และกติกาของการเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะดำเนินกิจกรรม โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียด และการจัดการที่ผ่านมาในอดีต ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด และการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ให้ผู้ดูแลฟังซิติการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ และการจินตนาการ และให้ฝึกปฏิบัติตาม ให้ความรู้เรื่องการพูดกับตัวเองด้านบวก และให้ความรู้เรื่องวิธีการมองโลกในแง่ดี ให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสรุปความสำคัญของความเครียด และการจัดการความเครียด สรุปความรู้เรื่องการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และให้สาธิตย้อนกลับการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างสร้างสรรค์

ระยะสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆ ไปกับผู้ดูแล ชี้แจง วัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม และกติกาของการเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะดำเนินกิจกรรม โดยผู้วิจัยเกริ่นนำถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ดูแล และความสำคัญในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้า ให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกดังกล่าว รวมทั้งวิธีการจัดการที่สร้างสรรค์ การให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในสัปดาห์ต่อไป

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสรุปความสำคัญในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย และการจัดการกับความรู้สึกดังกล่าวอย่างสร้างสรรค์

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถใช้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆ ไปกับผู้ดูแล ชี้แจง วัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม และกติกาของการเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะดำเนินกิจกรรม โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแสดงบทบาทสมมติ การสื่อสารระหว่าง ผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ดูแลกับสมาชิกในครอบครัว จากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปราย ให้ความรู้เรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ดูแลกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคม การให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่าง สัปดาห์

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสรุปวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับ ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคม

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 6 การสื่อสารในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลมีวิธีการสื่อสารที่ถูกต้องขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และการ เรียนรู้ผ่านตัวแบบ

ระยะสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆ ไปกับผู้ดูแล ชี้แจง วัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม และกติกาของการเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะดำเนินกิจกรรม โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้และ ประสบการณ์เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยในขณะที่มีอาการกำเริบ ผู้วิจัยให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการสื่อสารที่ถูกต้อง เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองผ่านตัวแบบจริง

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสรุปวิธีการสื่อสารที่ถูกต้องในขณะที่ ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและแนวทางปฏิบัติที่ตนเองนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและการดูแล ตนเองซึ่งได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริง ให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแล และสนับสนุนให้นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย และดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์เป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ที่มี หน้าที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้าง หรือรางวัลใดๆ และเป็นผู้ดูแลที่ทำหน้าที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับ

บริการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน มีการรับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ที่พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิตเป็นรายกลุ่ม การให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน โดยให้ความรู้เป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้รูปแบบที่ใช้เป็นแนวทางในการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. ได้การจัดกระทำที่เป็นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งสุขภาพของตนเองและวิถีทางการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี ทำให้มีปัญหาลดลง เป็นการลดต้นทุนในการดูแลสุขภาพของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล
3. ได้แนวทางในการศึกษาวิจัยและพัฒนาด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อ
ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ ตามลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรค
- 1.3 ชนิดของโรคจิตเภท
- 1.4 การรักษาโรคจิตเภท
- 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 2.1 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

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

4. แนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 4.1 ความหมายของภาระการดูแล
- 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแล
- 4.3 การประเมินภาระการดูแล
- 4.4 การจัดกระทำเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 4.5 บทบาทของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

5. แนวคิดการสร้างพลังความสามารถ

5.1 แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา

- 5.1.1 ความหมายของสุขภาพจิตศึกษา
- 5.1.2 องค์ประกอบของสุขภาพจิตศึกษา
- 5.1.3 รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษา
- 5.1.4 ความหมายของสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม
- 5.1.5 วัตถุประสงค์ของการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม
- 5.1.6 ลักษณะของการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม

5.2 แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

- 5.2.1 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง
- 5.2.2 ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง
- 5.2.3 การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง
- 5.2.4 การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

6. แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram

- 6.1 การจัดตั้งกลุ่ม
- 6.2 การคัดเลือกสมาชิกที่จะมาเข้ากลุ่ม
- 6.3 โครงสร้างของกลุ่ม
- 6.4 ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม
- 6.5 วิธีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม
- 6.6 บทบาทของสมาชิกกลุ่ม
- 6.7 แนวคิดการพัฒนากลุ่ม
- 6.8 การประเมินผลกลุ่ม

7. โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท มีผู้ให้ความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ไว้หลายทัศนะคติ ผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ดังต่อไปนี้

World Health Organization (1992) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทใน International Statistical Classification of Diseases and Related Health problem 10 Revision (ICD-10) กล่าวว่า เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะและอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือที่อ (blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาว์ปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรู้คิด (cognition) บ้างเมื่อเจ็บป่วยนานๆ และกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 1 เดือน

พิเชฐ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกนานนท์ (2552) กล่าวว่า โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งทางด้าน cognition อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานอย่างน้อย 6 เดือน

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และการสังคม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป คือ มีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ บางคนมีอาการประสาทหลอน เช่น มีหูแว่ว ได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน ได้เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น

มาโนช หล่อตระกูล (2555) กล่าวว่า โรคจิตเภท หมายถึง สภาวะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง (out of reality) แสดงออกโดยลักษณะต่างๆ อย่างหนึ่งอย่างใด ได้แก่ มีอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผ่านทาง การพูดสนทนา และมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ เมื่อเป็นโรคนี้อแล้ว มักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น

สมภพ เรื่องตระกูล (2557) กล่าวว่า ลักษณะที่สำคัญของโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ที่เกิดขึ้นเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง โรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ซึ่งมีอาการติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.2 สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรค

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการจากหลายๆ สาเหตุร่วมกัน แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา ซึ่งสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกันและเชื่อว่าปัจจัยต่อไปนี้จะเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

1.2.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological factors)

1) พันธุกรรม เชื่อว่า โรคจิตเภท ถ่ายทอดทางพันธุกรรม การสำรวจประชากรทั่วไปพบผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั้งหมด แต่ในกลุ่มผู้ที่มีญาติพี่น้องใกล้ชิดป่วยด้วยโรคจิตเภท พบว่ามีอัตราเกิดโรคสูงถึงร้อยละ 10-16 และในการศึกษาฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันและแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ พบว่า มีอัตราการเกิดโรคที่ต่างกัน ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะมีอัตราการเกิดโรคอยู่ระหว่าง ร้อยละ 35-58 ฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบมีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 16 (Wilson and Kneisl, 1996 อ้างถึงใน อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นสูง โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งร่วมกันทำให้เกิดความผิดปกติในระดับเซลล์ ซึ่งส่งผลต่อการสร้าง synapse การเชื่อมโยงระหว่างเซลล์ประสาท (neuronal connectivity) และกระบวนการจัดการข้อมูลของวงจรต่างๆ ในระบบประสาท

2) ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานเดิมที่ยังเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่า ยารักษาโรคจิตเภทนั้นออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptor type 2 (D2 antagonist)

สารสื่อประสาทอีกชนิดหนึ่งที่สนใจกันคือ serotonin พบว่า การทำงานของ serotonin-2 (5-HT_{2A}) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทจะลดลง และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (serotonin-dopamine antagonists) ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ serotonin

ในระยะหลังพบว่า สารนำสื่อประสาท glutamate อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติของโรคจิตเภท โดยพบว่าการทำหน้าที่ของ N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate ลดลง สภาพสมดุลระหว่างระบบ glutamate ซึ่งเป็นแบบ excitatory และ ระบบ GABA ซึ่งเป็นแบบ inhibitory จะเสียไป ทำให้เกิดสภาวะ excitotoxicity ร่วมกับ neuro-plasticity บกพร่องไป

3) กายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่ง มีความผิดปกติด้านกายวิภาคของสมอง ได้แก่ มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter และมี ventricle โตกว่าปกติ พบว่า การมี ventricle โตกว่าปกติ จะสัมพันธ์กับการมีอาการด้านลบ การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี และการบกพร่องทางด้าน cognition

4) ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction อย่างไรก็ตามแนวคิดปัจจุบันมองว่า การทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทมิได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง หากแต่เป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งในระดับ cortical และ subcortical อาจมองว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคของ disturbed neural connectivity (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิต เป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ ego ดังนั้นหากมี psychic trauma เกิดขึ้นในระยะพัฒนาการของบุคลิกภาพช่วงที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการของ ego โดยเฉพาะในช่วงปีแรก จะมีผลให้เกิดพยาธิสภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท หน้าที่ของ ego เกี่ยวข้องกับการปรับตัว สัมพันธภาพกับคนอื่น และการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งหน้าที่เหล่านี้อาจแบ่งออกเป็นด้านต่างๆ คือ language, intellect, thinking, memory, will, judgement, attention, perception, intention, affectivity, reality testing, the structure of defenses, object relation และ motility ความผิดปกติในด้านต่างๆ จะปรากฏออกมาเป็นอาการของโรคจิตเภท

2) ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่วไปและเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น การถดถอย การโทษคนอื่น และการแยกตนเอง เมื่อกลไกเหล่านี้ช่วยลดความกังวลได้ ก็จะกลายเป็นพฤติกรรมที่ถาวร นั่นคือ เกิดการเรียนรู้ที่ผิดขึ้น จนกลายเป็นพยาธิสภาพไป (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

3) ความขัดแย้งภายในจิตใจ ความขัดแย้งในจิตใจ ที่เกิดขึ้นจากสัญชาตญาณทางธรรมชาติ ได้แก่ ความอยาก ความต้องการ ที่เกิดขึ้นจากสัญชาตญาณธรรมชาติและข้อห้ามที่เกิดจากพลังควบคุมทางด้านจิตใจที่บุคคลมี ถ้าพลังความอยาก ความต้องการมีมากกว่าพลังควบคุม บุคคลทำตามความอยาก ความต้องการ เกิดความรู้สึกผิด เกิดความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง ทำให้เกิดความโกรธชุนเคือง หรือถ้าพลังควบคุมความอยากความต้องการมาก บุคคลมีแรงหักห้ามใจตนเองมากจนไม่ได้สนองตอบความอยากความต้องการอย่างพอเพียง ก็ทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและไร้ความสุข (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

1.2.3 ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท การศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภท พบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี เชื่อว่าเป็นเพราะประชากรกลุ่มที่มีระดับเศรษฐกิจและสังคมต่ำต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า ซึ่งความเครียดและวิถีชีวิตที่ยากจน เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เป็นโรคจิตเภท โดยเฉพาะในผู้ซึ่งมีแนวโน้มจะเป็นโรคร้ายอยู่แล้ว แต่ก็ยังมีคนแย้งว่าการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง น่าจะเป็นสาเหตุทำให้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยตกต่ำลงมากกว่า

การศึกษาถึงความสัมพันธ์หรือบทบาทที่ผิดปกติในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีผู้รายงานไว้หลายอย่าง แต่ส่วนใหญ่ก็ไม่พบว่ามียุทธศาสตร์เฉพาะที่จะทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคนี้ บางรายงานกล่าวถึงบทบาทที่กลับกันระหว่างพ่อและแม่ของเด็กที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภท บางรายงานกล่าวถึงพ่อแม่ที่มีความขัดแย้งกัน ซึ่งอาจไม่แสดงออกโดยตรงแต่มีการกระทบกระทั่งกันเหมือนคลื่นใต้น้ำแล้วพยายามดึงเด็กมาเข้าข้างตน

สมมติฐานเกี่ยวกับเจตคติหรือการสื่อสารที่ผิดปกติจากพ่อแม่ไปยังลูก คือ Double bind hypothesis ของ Bateson ซึ่งกล่าวถึงการสื่อความหมายในลักษณะที่กำกวมไปให้เด็กอยู่เป็นประจำ ทำให้เด็กไม่ทราบเจตนาหรือความต้องการที่แท้จริงของพ่อแม่ เด็กก็จะเกิดความสับสน และแสดงออกทั้งด้านความรู้สึก และพฤติกรรมแบบเดียวกัน เชื่อว่าอาจเป็นสาเหตุให้เกิด ambivalence ซึ่งเป็นอาการหนึ่งของโรคจิตเภท

ความผิดปกติของผู้เลี้ยงดูเด็ก เป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยเฉพาะแม่เป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่สุด จากการศึกษาพบว่า แม่ที่มีลักษณะปกป้องลูกมากเกินไป มีความต้องการเข้าไปเกี่ยวข้องในทุกๆ เรื่องของลูก แม้แต่การคิดและการตัดสินใจ จะทำให้มีความผิดปกติด้านพัฒนาการของ ego ของเด็ก อันนำไปสู่การเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท (เกษมตันติผลาชีวะ, 2536; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

ลักษณะอาการทางคลินิกอาการแสดงของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 3 กลุ่มอาการหลัก คือ psychotic dimension, disorganized dimension และ negative dimension บางคนจัดรวม psychotic dimension และ disorganized dimension อยู่ในกลุ่มอาการด้านบวก (positive dimension)

1. Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ หลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายกลั่นแกล้ง (persecutory delusion) หลงผิดว่าพฤติกรรมของคนอื่นๆหรือเรื่องต่างๆที่เกิดในโทรทัศน์ วิทยูเป็นไปเพื่อสื่อความหมายถึงตนเอง (delusion of reference) หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสำคัญหรือมีความหมายพิเศษ (grandiosedelusion) รู้สึกว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่า

ตนเองคิดอะไร (though broadcasting) เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลก เป็นไปไม่ได้เลย เช่น เชื่อว่าแมลงอยู่ในสมอง

อาการประสาทหลอน ที่พบบ่อยในโรคจิตเภทจะเป็นหูแว่ว โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเรื่องราวชัดเจน อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ ได้ยินเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย (voice discussing) และเสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting)

2. Disorganization dimension ได้แก่

2.1 disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ใครก็เห็นชัดว่าแปลกพิกล ไม่สมเหตุสมผล ไม่มีจุดมุ่งหมาย คาดเดาไม่ได้ว่าเขาทำเพราะอะไร เช่น สวมเสื้อหลายตัว มอมแมม เดินเร่ร่อน จุกๆ ถอดเสื้อทิ้งๆ ที่อยู่ในที่สาธารณะ หรือยืนจ้องพระอาทิตย์อยู่กลางถนน

2.2 disorganized speech เป็นความผิดปกติของกระบวนการคิด แสดงออกโดยผ่านทาง การพูดสนทนา ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวเดียวกันได้ ตลอด ความคิดไม่สมเหตุสมผล หรือไม่สอดคล้องกับสภาพภายนอก อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมาจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

2.2.1 ความคิดไม่ปะติดปะต่อ (loosening of association) ซึ่งคำพูดของผู้ป่วยจะไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่มีความหมายที่ต่อเนื่องกันในระหว่างคำพูดหรือประโยค ซึ่งเป็นผลมาจากกระแสความคิดไม่สัมพันธ์กัน แต่ตัวผู้ป่วยเองกลับไม่รู้สึกลึกลับถึงความผิดปกติในด้านนี้

2.2.2 การพูดไม่ปะติดปะต่อ (incoherent speech) รูปแบบประโยคที่ผู้ป่วยพูดจะไม่ปะติดปะต่อกันเลย อาจพูดไม่จบประโยคหรือวลี ทำให้ไม่ได้ความหมาย ไม่มีคำเชื่อมระหว่างประโยค หรือพูดผิดไวยากรณ์ ในกรณีที่รุนแรงมาก คำแต่ละคำเมื่อนำมาเรียงเป็นประโยคคำพูดออกไปแล้ว จะทำให้ไม่เข้าใจความหมายเลย (word salad)

2.2.3 การตอบเฉียด (tangentiality) ผู้ป่วยไม่สามารถประสานความคิดเพื่อให้ไปสู่เป้าหมายได้ ส่งผลให้การตอบคำถามไม่ตรงประเด็นที่กำลังคุยกันอยู่ แต่การพูดยังคงต่อเนื่อง

2.2.4 ความคิดไม่สมเหตุสมผล (illogicality) ผู้ป่วยตอบคำถามอย่างไม่สมเหตุสมผล สรุปรายเรื่องราวต่างๆ ผิดไปจากความเป็นจริง

2.2.5 การพูดอ้อมค้อม (circumstantiality) เป็นผลมาจากความผิดปกติของกระบวนการคิด ผู้ป่วยจะให้รายละเอียดมาก ซึ่งรายละเอียดนี้มักจะเป็นรายละเอียดที่มากเกินไปจนความจำเป็นและไม่ตรงประเด็น อย่างไรก็ตามในท้ายที่สุดแล้ว ผู้ป่วยจะสามารถตอบได้ตรงกับหัวข้อที่พูดกันไว้ในตอนต้น

2.2.6 การพูดพ้องเสียงสัมผัส (clanging) คือ การพูดโดยใช้คำคล้องจอง หรือเล่นเสียงสัมผัสโดยไม่คำนึงถึงความหมาย และไม่สมเหตุสมผล

2.2.7 การใช้คำแปลกๆที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเองและมีความหมายเฉพาะตัว (neologism) เป็นความผิดปกติของการใช้คำ โดยผู้ป่วยจะสร้างคำใหม่ขึ้นมาเอง ส่วนใหญ่คำเหล่านี้ได้จากการผสมคำสองคำที่แตกต่างกัน ผู้ฟังไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยพูด

2.2.8 การไม่สามารถคิดแบบนามธรรมได้ (difficulty in abstract thinking) เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยคิดเพียงมิติเดียว คือ คิดเป็นรูปธรรม (concrete thinking) ยึดเอาตัวเองเป็นหลัก ส่งผลให้เมื่อทดสอบเรื่องคำพังเพยหรือสุภาษิต ผู้ป่วยจะให้ความหมายที่ผิดไปจากคนปกติ นอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายอาจพบว่ามีอาการคิดแบบนามธรรมที่มากเกินไปได้

2.2.9 การเลียนเสียงพูด (echolalia) ผู้ป่วยโรคจิตเภทบางรายมีการกล่าวคำหรือวลีของผู้อื่นซ้ำๆ หรือในบางรายอาจมีการเลียนการกระทำของผู้อื่น (echopraxia)

2.2.10 การชะงักของความคิด (Thought blocking) คือการที่กระแสดความคิดหยุดชะงักลงทันที โดยที่ความคิดในเรื่องนั้นๆ ยังไม่จบลงอย่างสมบูรณ์ การที่ความคิดจบลงอย่างทันทีทันใดนั้น จะทำให้จังหวะขณะกำลังสนทนากันเกิดการชะงักงัน ผู้ป่วยมักอธิบายอาการนี้ว่าเหมือนกับความคิดของตนโดนดึงออกไปจากสมอง

3. Negative dimension ผู้ป่วยจะขาดหรือมีลดลงอย่างมากในลักษณะพื้นฐานความเป็นมนุษย์ ได้แก่ ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการในมิตินี้จัดเป็นอาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย พูดช้า ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (Alogia), การแสดงออกทางด้านอารมณ์ ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา (Affective flattening) และขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรได้ไม่ค่อยนานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล (Avolition)

ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

ระยะหลัง พบว่าผู้ป่วยยังมีอาการอีกกลุ่มหนึ่ง ได้แก่ cognitive dysfunction หลายคนมีความเห็นว่าอาจเป็นอาการสำคัญพื้นฐานของโรคนี้ มักพบได้ก่อนเกิดอาการกำเริบชัดเจน อาการเหล่านี้ ได้แก่ สมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่องในด้านการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (working memory) การไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผล เป็นต้น อาการด้าน cognitive มักคงอยู่นานและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แม้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการหูแว่วประสาทหลอนแล้ว ก็ยังอาจไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม (มานิช หล่อตระกูล, 2555)

การดำเนินของโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะอาการนำ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักเป็นกลุ่มอาการด้านลบ เช่น มีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแยกลง ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขภาพอนามัยหรือการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา แต่ก็ไม่ได้ถึงกับผิดปกติชัดเจนญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม

ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนอาจนานตั้งแต่เป็นสัปดาห์จนถึงเป็นปี โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลง่าย ๆ

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน, disorganized speech, grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior, bizarre delusion, voice discussing, voice commenting ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ Flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่าอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือ ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบ (relapse หรือ acute exacerbation) เป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

1.3 ชนิดของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท มีอยู่หลายประเภทตามการจำแนกประเภทความผิดปกติด้านจิตเภทซึ่งสามารถจำแนกได้หลายระบบ ที่นิยมจำแนกมีอยู่ 2 ระบบ คือ จำแนกตามคู่มือการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันหรือที่รู้จักกันในนาม DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition) และจำแนกตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก ICD-10 (International classification of Disease 10) ซึ่งเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่นานาประเทศได้ประชุมร่วมกันและจัดทำขึ้น และองค์การอนามัยโลกได้จัดพิมพ์เผยแพร่

1.3.1 จำแนกตาม DSM IV

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้จำแนกโรคจิตเภท ออกเป็น 5 ประเภท ดังต่อไปนี้

1) ประเภทหวาดระแวง (Paranoid) ลักษณะที่สำคัญของจิตเภทประเภทนี้คือ ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับความคิดหลงผิดและภาวะประสาทหลอน ความคิดหลงผิดมักจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการที่มีคนอื่นกล่าวร้ายให้ตน สิ่งที่ผู้อื่นพูดหรือทำพาดพิงถึงตน นอกจากนี้ยังมีความหลงผิดคิดว่าตนเองยิ่งใหญ่มีสิ่งที่เหนือผู้อื่น (Delusion of grandeur) อาการประสาทหลอนมักจะเป็นเสียงผู้อื่นกล่าวให้ร้ายตนหรือเสียงสั่งให้ทำสิ่งต่างๆ เช่น เสียงสั่งให้กระโดดน้ำ เสียงสั่งให้ไปฆ่าผู้อื่น เสียงสั่งให้ไปช่วยเหลือมนุษย์ เนื้อหาสาระในความคิดมักจะสอดคล้องกัน ความคิดหลงผิดนี้อาจจะทำให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่นได้ ในผู้ป่วยประเภทนี้จะไม่มีอาการด้านอารมณ์ที่เด่นชัด เรียกว่าไม่มี negative symptoms คือ ไม่มีอาการของอารมณ์ที่มีลักษณะราบเรียบไม่เหมาะสม สภาพการณ์หรืออารมณ์เป็นแบบเฉยเมย ไม่มีการพูดสับสนหรือคำพูดฟังไม่รู้เรื่องและไม่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติหรือคาทาโทเนีย

2) ประเภทว้าวุ่นสับสน (Disorganized) ลักษณะที่สำคัญของผู้ป่วยประเภทนี้คือ มีความผิดปกติของคำพูด อาการพูดสับสน และติดตามมาด้วยการกระทำที่ไร้สาระ เช่น หัวเราะขำขันโดยไม่มีเหตุผลและมีพฤติกรรมว้าวุ่นสับสน ส่วนมากไม่มีความคิดหลงผิด ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการส่ายงันและมีท่าทางอย่างไรอย่างหนึ่งซ้ำๆ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การอาบน้ำ แต่งตัวหรือทำอาหาร การปฏิบัติภารกิจประจำวันจะบกพร่องเนื่องจากพฤติกรรมสับสนและพฤติกรรมทำซ้ำๆ ของผู้ป่วย อารมณ์ของผู้ป่วยราบเรียบ ไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์

3) ประเภทพฤติกรรมคงรูปเดิม (Catatonic) เป็นจิตเภทที่มีความแตกต่างจากจิตเภทอื่น คือมีอาการที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหว (psycho-motor symptom) ร่วมด้วย ลักษณะอาการของจิตเภทกลุ่มนี้จะมีอาการ 2 ใน 5 อาการของอาการต่างๆ ดังนี้

- 3.1) อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งโดยไม่เปลี่ยนแปลงเป็นเวลานาน
- 3.2) มีอาการเคลื่อนไหวโดยไร้จุดหมายมากเกินไป
- 3.3) เงียบเฉย ไม่พูด หรือต่อต้านคำพูดและคำแนะนำของคนอื่น
- 3.4) มีอาการเคลื่อนไหวแปลกๆ อยู่ในรูปแบบเดิมซ้ำๆ กัน เช่น ยืนหรือนั่งด้วยท่าทางประหลาดและทำอะไรซ้ำๆ

3.5) พูดเลียนแบบ (echolalia) หรือทำเลียนแบบ (echopraxia)

4) ประเภทจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated) จิตเภทประเภทนี้จะมีอาการอย่างน้อย 2 อาการของอาการต่อไปนี้

- 4.1) อาการประสาทหลอน

4.2) อาการหลงผิด

4.3) มีอาการพูดสับสน

4.4) พฤติกรรมสับสนหรือพฤติกรรมซ้ำๆ หรืออยู่ในท่าเดิมนานๆ

4.5) มีอาการ negative symptom คือ มีอารมณ์ราบเรียบ พูด

น้อย เนื้อหาความคิดมีน้อย อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ขาดพลังจิตใจ ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถแสวงหาความสุขจากชีวิตได้ แต่ไม่เข้าข่ายอาการจิตเภทอื่นๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

5) ประเภทอาการหลงเหลือหลังเจ็บป่วย (Residual) การจะวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทนี้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยเคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง การเจ็บป่วยในครั้งใหม่ไม่มีอาการทางด้านบวก คือ ผู้ป่วยไม่มีอาการประสาทหลอนและอาการหลงผิด ไม่มีความคิดและพฤติกรรมสับสน แต่ผู้ป่วยจะมีอาการทางด้านลบเป็นอาการนำ คือ มีอารมณ์ราบเรียบ พูดน้อย แยกตัวเอง ไม่มีความคิดริเริ่ม อยู่เฉยๆไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด หรือมีอาการประสาทหลอนและความคิดหลงผิดเล็กน้อย เช่น ยังมีความเชื่อแปลกๆ ฝังแน่น มีพฤติกรรมแปลกพิกล ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำงานได้ ผู้ป่วยอาจมีอาการอยู่ชั่วระยะเวลาสั้นๆ หรืออาจมีอาการอยู่นานหลายปีโดยมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว

1.3.2 จำแนกตาม ICD-10

จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น 9 ประเภท ดังต่อไปนี้

1) Paranoid schizophrenia จิตเภทประเภทหวาดระแวง เป็นจิตเภทที่พบมากที่สุดในทุกแห่งทั่วโลก อาการที่ปรากฏให้เห็นค่อนข้างจะเป็นลักษณะเดียวกัน คือหวาดระแวง มีความคิดหลงผิดและตามด้วยอาการรับรู้ผิดปกติ เรียกว่าประสาทหลอน ที่พบบ่อยคือประสาทหลอนทางหู และประสาทหลอนทางตา นอกจากอาการต่างๆ ดังกล่าวแล้ว อาการที่พบได้คือมีการแปรเปลี่ยนด้านอารมณ์ แรงจิตใจ การพูด และบางครั้งอาจจะพบว่ามีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อพร้อมกับอาการตื่นเต้นอยู่ไม่นิ่งด้วย

2) Hebephrenic schizophrenia จิตเภทประเภทนี้มักจะเริ่มเป็นระหว่างอายุ 15-25 ปี และเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้แล้ว อาการของโรคมักจะดำเนินอย่างรวดเร็วและรักษาให้หายได้ยาก มีลักษณะการแสดงออกดังนี้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์เร็ว อาจจะมีความคิดหลงผิด ประสาทหลอนร่วมด้วย อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นเร็วและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว คาดการณ์ไม่ได้ นอกจากนี้อาจจะพบว่ามีอาการแสดงออกที่มีลักษณะเฉพาะตัว คือ อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสม ที่แสดงออกให้เห็นด้วยพฤติกรรมบางลักษณะ เช่น หัวเราะที่บ่งบอกถึงความพอใจ นอกจากนี้ยังพบได้ว่าบุคคลที่อยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยโรคนี้ มักจะบ่นเกี่ยวกับอาการความเจ็บป่วยทางกายหลายอย่าง (Hypochondriacal complaints)

3) Catatonic schizophrenia ลักษณะเด่นของจิตเภทประเภทนี้ คือ ความแปรปรวนด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งอาจจะพบได้สองรูปแบบที่มีลักษณะตรงกันข้ามอย่างสิ้นเชิง คือมีอาการเคลื่อนไหวมากในบางเวลาและไม่เคลื่อนไหวในเวลาต่อมา หรืออีกลักษณะหนึ่ง คือ ปฏิบัติตามอย่างอัตโนมัติโดยไม่ต่อต้านเลยในบางครั้ง (automatic obedience) และปฏิบัติในสิ่งตรงกันข้ามในเวลาต่อมา (negativism) บางครั้งอาจจะพบว่ามีอาการอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน อาจจะมีอาการตื่นเต้นและมีพฤติกรรมรุนแรงได้เช่นกัน จิตเภทนี้พบได้มากในประเทศอื่นที่ไม่ใช่ประเทศไทย

4) Undifferentiated schizophrenia จิตเภทประเภทนี้ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะการแสดงออกหลายอย่างเข้าข่ายลักษณะผู้ป่วยจิตเภท แต่อาการที่แสดงออกให้เห็นไม่เข้าข่ายจิตเภทประเภทต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว และแยกไม่ได้ว่ามีลักษณะเด่นอะไรที่จะนำมาจำแนกเป็นจิตเภทอีกประเภทหนึ่งได้

5) Post-schizophrenic depression ภาวะซึมเศร้าที่เกิดหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร่วมกับอาการของจิตเภท อาการทางจิตเภทที่ยังหลงเหลืออยู่ อาจจะเป็นอาการด้านบวก (positive) หรืออาการด้านลบ (negative) ก็ได้ แต่ส่วนใหญ่มักเป็นอาการด้านลบ คือ มีความซึมเศร้าร่วมกับภาวะแยกตัว ไม่เข้าสังคม ไร้ความสุข

6) Residual schizophrenia จิตเภทประเภทเรื้อรัง ผู้ป่วยที่อยู่ในประเภทนี้เป็นผู้ป่วยที่เคยมีอาการทางจิต 1 ครั้งหรือมากกว่า 1 ครั้ง มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น คือ มีการเคลื่อนไหวทางกายช้า คิดช้า ทำช้า ไม่สังคม การดูแลตนเองไม่ดี ความจำไม่เสีย

7) Simple schizophrenia จิตเภทที่มีลักษณะค่อยๆเกิด มีลักษณะเด่นด้านความประพฤติก คือ ไม่สามารถทำตามความคาดหวังของสังคมได้ พฤติกรรมเสื่อมถอย อาการหลงผิดและประสาทหลอนไม่ปรากฏให้เห็น

8) Other schizophrenia จิตเภทประเภทอื่นๆ ที่อาการไม่เข้าเกณฑ์จิตเภทประเภทใดประเภทหนึ่งที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น

9) Schizophrenia unspecified จิตเภทประเภทจำแนกไม่ได้

1.4 การรักษาโรคจิตเภท

1.4.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จะรับผู้ป่วยในกรณีที่ มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา มีปัญหาในการวินิจฉัย การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆ ที่มีปัญหามากเหนือไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.4.2 การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้น เป็นหัวใจสำคัญของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษาที่นั้นอาจแบ่งได้เป็น 3 ช่วง ได้แก่

1) ระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือการลดอาการโรคจิตลง ผู้ป่วยที่ป่วยครั้งแรกและไม่เคยรักษามาก่อนมักตอบสนองต่อยาขนาดต่ำและจะไวต่ออาการข้างเคียงของยา

2) ระยะทำให้คงสภาพ (stabilization phase) หลังจากมีอาการทุเลาลงบ้างแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

3) ระยะอาการคงที่ (stable หรือ maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงให้ยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรกโดยทั่วไปเมื่อไม่มีอาการด้านบวกที่ชัดเจนแล้ว จะค่อยๆ ลดขนาดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยา อาจใช้ยาฉีดประเภท long acting ผู้ที่ป่วยครั้งแรกหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วควรรับประทานยาต่อไปอีกอย่างน้อย 1-2 ปี แล้วพิจารณาว่าจะหยุดยาหรือไม่ หากจะหยุดยาดังกล่าวต้องลดยาลงช้าๆ ใช้เวลาเป็นเดือนๆ ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบครั้งที่ 2 ควรให้ยาต่อเนื่องไปนานอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิต

1.4.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้านั้นให้ผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมด 12 ครั้ง นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

1.4.4 การรักษาด้านจิตสังคม การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในทุกด้าน ซึ่งประกอบด้วย

1) จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคองผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วย

ในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้

2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (psychoeducation of family counseling) เป็นการทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

3) กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยการส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และคำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุน ให้กำลังใจ

4) นิเวศบำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2555)

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นพยาบาลจำเป็นที่จะต้องมึลักษณะตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม สิ่งสำคัญ คือ เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดจริงได้ ประกอบด้วย

1.5.1 หลักการพยาบาลทั่วไป

1) การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาด และด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารได้

2) การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่พยาบาลควรกระทำ คือ การหาความหมายของความคิด ซึ่งการสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ และการหาความหมายของพฤติกรรม ที่ผู้ป่วยแสดงออกจะช่วยให้เข้าใจความคิดของผู้ป่วยได้ สุดท้ายที่พยาบาลต้องกระทำ คือ การให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) โดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย

3) การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติ ด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจน คือ อารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นจากใบหน้าที่น่าเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบ

เหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ พยาบาลจะต้องเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4) การพยาบาลทางด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่น ดังนั้นพยาบาลต้องประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางสังคมบนพื้นฐานการสังคมที่ยังหลงเหลืออยู่ พัฒนาทักษะทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสมด้วยหลักการการเรียนรู้

1.5.2 การใช้กระบวนการพยาบาล

1) การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพโดยทั่วไปและอาการต่างๆ ของผู้ป่วย เริ่มต้นด้วยการประเมินความคิด การรับรู้และพฤติกรรมโดยทั่วไปของผู้ป่วย และอาการผิดปกติที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหรือญาตินำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

1.1) ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไปโดยประเมินด้านการแต่งกาย ความสะอาดทั่วไป ด้านสุขอนามัย การได้รับอาหาร การพักผ่อน เพื่อดูความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และประเมินภาวะน้ำเป็นพิษ (water intoxication) เนื่องจากยารักษาอาการทางจิตที่ผู้ป่วยได้รับ จะทำให้มีอาการคอแห้ง กระหายน้ำ ผู้ป่วยจะดื่มน้ำบ่อย การดื่มน้ำบ่อยจะทำให้ผู้ป่วยได้รับน้ำมาก ทำให้การขับถ่ายน้ำไม่ทัน เกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้

1.2) ประเมินความคิดของผู้ป่วย อาการสำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ ความผิดปกติด้านความคิด ดังนั้นจึงควรประเมินความคิด ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะความคิดหลงผิดหรือไม่ ภาวะหลงผิดมีลักษณะอย่างไร และประเมินการรับรู้ ประเมินว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เป็นอย่างไร การรับรู้ที่ปกติมีอยู่มากน้อยแค่ไหน การรับรู้ที่ผิดปกติที่เรียกว่าประสาทหลอนมีอย่างไร

1.3) ประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย ประเมินพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย เช่น การหนีผู้คน หลบซ่อนตัว เนื่องจากความกลัวว่าจะมีคนมาบงการ นอกจากนั้นผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอยู่ไม่ได้ พฤติกรรมซ้ำๆ ที่ไร้ความหมาย พฤติกรรมผู้ป่วยอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เนื่องจากภาวะหลงผิดและประสาทหลอนได้

1.4) ประเมินด้านสัมพันธภาพ ประเมินผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น เพื่อดูว่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นนั้นพฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วยรบกวนผู้อื่นหรือไม่อย่างไร เพื่อที่จะช่วยผู้ป่วยในด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างราบรื่นและมีความสุข

2) การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมาโดยทั่วไปการวางแผนการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภทและจะสัมพันธ์กับอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

3) การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย แผนการพยาบาลระยะสั้น และแผนการพยาบาลระยะยาว เพื่อที่จะได้แนวทางการประเมินผลสำเร็จด้านการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลควรที่จะได้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่พึงประสงค์ด้วย

4) การปฏิบัติการพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยได้เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมตนเองไม่ได้และการอยู่ในชุมชนไม่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและคนอื่นๆ ในชุมชน การมีแนวทางสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลง่ายขึ้น

5) การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่า ปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นๆ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554)

สรุปการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท จะประกอบด้วยหลักการพยาบาลทั่วไปและการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม ความคิด พฤติกรรม และการรับรู้ของผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งทางด้านกระบวนการคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (พิเชฐ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) ส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และมีอัตราการกำเริบสูง (มาโนช หล่อตระกูล, 2555; Durmaz and Okanli, 2014) จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสการกลับป่วยซ้ำสูง และต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (จิราภรณ์ นพคุณ และจิระพรรณ สุริยงค์, 2551) ซึ่งแม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เพิ่มสิทธิประโยชน์แก่ผู้ป่วยจิตเภท โดยยกเลิกกรณีนอนพักรักษาไม่เกิน 15 วันให้เป็นไปตามเงื่อนไขผู้ป่วยปกติ แต่ก็ยังพบว่าการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวสามารถให้บริการผู้ป่วยจิตเภทได้รับบริการที่เหมาะสมในระดับหนึ่ง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) เมื่ออาการทุเลาลงก็จะได้รับการเร่งจำหน่ายสู่ครอบครัวในชุมชนทันที ซึ่งระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยยังไม่ดีพอ (Awad and Voruganti, 2008) และหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชน แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้วก็ตาม แต่ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการดำเนินโรค (รัชชชัย

ลีพทานาจ, 2552) และมีความบกพร่องด้านกระบวนการคิด (Keefe et al., 2004; Kurtz et al., 2008) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น มีลักษณะต่างๆ พอสรุปได้ดังนี้

2.1.1 ด้านพฤติกรรม

1) พฤติกรรมที่เกิดจากอาการทางจิต ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอาจมีอาการกำเริบได้เป็นครั้งคราว ซึ่งจะเป็นได้ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบสลับกันไป อาการทางบวกที่พบ อาทิเช่น ผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิด ได้แก่ คิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ มีความสามารถในสิ่งที่เหนือธรรมชาติ คิดว่าตนเองเป็นเทพเจ้า เป็นผู้ยิ่งใหญ่ เป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง หรือหลงผิดคิดว่าผู้อื่นคิดร้ายต่อตน และผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอน ได้แก่ การได้ยินเสียงขณะที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน การเห็นภาพบางภาพขณะที่ผู้อื่นไม่เห็น การได้กลิ่นขณะที่ผู้อื่นไม่ได้กลิ่น การรับรสที่ผิดปกติ เช่น รู้สึกว่าน้ำหรืออาหารที่รับประทานมีรสชาติผิดปกติ และการสัมผัสที่ผิดปกติ เช่น รู้สึกว่ามีแมลงไต่ต่อมตามตัว ทั้งๆที่ไม่มีแมลงไต่ต่อมตามตัว ส่วนอาการทางลบ ได้แก่ ผู้ป่วยจะพูดน้อย พูดช้า ใช้เวลานานกว่าจะตอบ การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรไม่ค่อยได้นาน ก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล แยกตัวออกจากสังคม นอกจากนี้ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยัง พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2555) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ได้แก่ พูด ยิ้ม หัวเราะคนเดียว หัวเราะหรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้ดูแล ทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของและทรัพย์สิน วางเพลิง มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2553; พิกุล เจริญสกุลทรัพย์ และคณะ, 2555) นอนไม่หลับ มีพฤติกรรมรบกวนเพื่อนบ้าน ออกเที่ยวนอกบ้าน เดินเรื่อยเปื่อย (ธัญชนก เต่าทอง, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีอาการทางจิตในระดับรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 25 และระดับรุนแรงมากร้อยละ 65

2) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ได้แก่ ไม่อาบน้ำ ไม่สระผมและใส่เสื้อผ้าชุดเดิมเป็นเวลาหลายวันติดต่อกัน (ธัญชนก เต่าทอง, 2554; สุณีย์ แสงดาว, 2554) ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่ยอมช่วยเหลือตัวเอง นอนทั้งวัน และไม่ช่วยเหลืองานในครอบครัว (จิราพร รักการ, 2549; สุณีย์ แสงดาว, 2554; Harven et al., 2006) รวมทั้งมีการพึ่งพาผู้ดูแลเป็นอย่างมาก (Hou et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพึ่งพาตนเองไม่ได้ ร้อยละ 10 พึ่งพาตนเองได้น้อย ร้อยละ 27.50 และพึ่งพาตนเองได้ปานกลาง ร้อยละ 30

3) พฤติกรรมด้านการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ติดเครื่องดื่มชูกำลังและสารเสพติด (รจนา ปุณโณทก, 2550; ยุรัชชา ปรีชา และพิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552; บุษพา

ธนิกุล, 2554; Kaplane and Sadock, 1998) จากการศึกษาของจันท์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 45.10 สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีการใช้ยาเสพติดก่อนเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 เดือน ร้อยละ 50 และจากการศึกษาของ นิภาพร รัฐมั่ง (2558) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีประวัติการใช้สารเสพติดก่อนเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการดื่มสุรา ร้อยละ 100 ใช้กัญชา ร้อยละ 25 ยาบ้า ยาไอซ์ ร้อยละ 30 บุหรี่ ร้อยละ 7.50 และกาว ร้อยละ 10 รวมทั้งมีการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีการสูบบุหรี่มากถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด ซึ่งการสูบบุหรี่จะทำให้ฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตลดลงและทำให้เกิดอาการ Parkinsonism ได้ (Kaplan and Sadock, 1998) และจากการศึกษาของ Honkonen et al. (1999) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการดื่มแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 20

2.1.2 ด้านการรับประทานยารักษาอาการทางจิต มีการศึกษาพบว่า หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เพียง 10 วัน ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจะไม่กินยาสม่ำเสมอหรือไม่ผูกยึดกับยา และตัวเลขนี้จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 50 กับ ร้อยละ 75 ภายในเวลา 1 ปี และ 2 ปีตามลำดับ (พิเชฐ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของอรรวรรณ ช้องต่อ (2550) เรื่อง ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา ร้อยละ 67.50 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าอาการดีขึ้นแล้ว และไม่รู้ว่าจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเวลารับประทานยาไม่สะดวกต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549; หทัยรัตน์ หาคำ, 2552) ผู้ป่วยเพื่อหมายต่อการรับประทานยาเป็นเวลานานๆ (รัชณี อุทัยพันธ์, 2556) และเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีการกลับไปป่วยซ้ำสูงจากการขาดยารักษาอาการทางจิต

2.1.3 ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีการแยกตัว ไม่มี ความเชื่อมั่นในตัวเอง ไม่กล้าพูดคุย ครอบครัวยังมองว่าผู้ป่วยมีอาการอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพเฉพาะญาติผู้ดูแลเท่านั้น (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) จากการศึกษาของ จินดารัตน์ พิมพ์ดีด (2541) พบว่า ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันท์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในระดับปานกลาง โดยมีบางส่วนไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน (24.30%) ไม่พูดคุยเล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิด (26.90%) เวลาอยู่คนเดียวในช่วงกลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมง หรือไม่ได้พูดคุยกับใครเลยในแต่ละวัน (10.40%) นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน บางส่วนเกิดความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว ญาติบางรายไม่ยอมรับผู้ป่วย และอยากให้ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีการรับรู้ตราบาปมากที่สุดในบรรดาโรคจิตทั้งหมด (สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์

สว่างวงษ์สิน, 2548) ทำให้รู้สึกทรมานต้องปิดบังการเจ็บป่วยไว้ (เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) และมีการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความสนใจและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมลดลง มีการสนับสนุนทางอารมณ์น้อย (Grandon et al., 2008) มีขนาดเครือข่ายทางสังคมแคบ การเข้าถึงการสนับสนุนด้านสวัสดิการจากรัฐและชุมชนน้อย (วราภรณ์ พัฒนเวศน์, 2551; ขวัญสุตา บุญทศ และคณะ, 2554)

2.1.4 ด้านการประกอบอาชีพและรายได้ จากการศึกษารายได้ จากการศึกษาของ Durmaz and Okanli (2014) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 46.80 ไม่มีงานทำ และจากการศึกษาของ Dickerson et al., 2000 อ้างถึงในบุบผา ธนิกกุล, 2555) พบว่า ผู้ป่วยขาดทักษะหน้าที่ทางสังคมและอับอาย เกิดความไม่สบายใจในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น มีความบกพร่องในด้านการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน การไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผล และการสูญเสียความสามารถในการบริหารจัดการ จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถทำงานได้ดั้งเดิม (มาโนช หล่อตระกูล, 2555) รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ จะไม่มีสมาธิในการทำงาน ไม่สามารถทำงานได้ (จิตรรัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ทำให้ไม่มีอาชีพ และขาดรายได้ ผู้ป่วยบางรายจึงต้องเผชิญกับภาวะตกงาน

2.1.5 ด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ (มาโนช หล่อตระกูล, 2555) ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนปกติทั่วไป และมักจะเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดประเภทต่างๆ การหลีกเลี่ยง ถดถอย แยกตัวจากสังคม การโทษคนอื่น การก้าวร้าวและการทำร้ายตนเอง (Vasile et al., 2008) ทำให้ไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่มีอยู่ให้หมดไป และอาจมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นจนไปรบกวนต่อการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โมโหง่าย (ธัญชนก เต่าทอง, 2554)

2.1.6 ด้านการขาดการดูแลและเอาใจใส่ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวที่บ้าน มักไม่ได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากญาติ ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ถูกปล่อยให้อยู่บ้านคนเดียว ไม่มีผู้ดูแลและให้ยา เนื่องจากญาติเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล หรือเพื่อความสะดวกในการประกอบอาชีพของญาติ (สันชัย วสุนธรา, 2547; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

สรุป การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท ที่เน้นการให้ความสำคัญกับครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดูแลนั้น ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการดำเนินโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านต่างๆ เช่น ด้านพฤติกรรม ด้านการรับประทานครบรักษาอาการทางจิต ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้านการประกอบอาชีพและรายได้

ด้านอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งด้านขาดการดูแลและเอาใจใส่ จากลักษณะความผิดปกติต่างๆ ของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น จึงส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัว รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.2.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีผู้ให้ความหมายไว้หลายทัศนะคติ ผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ดังต่อไปนี้

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ได้ให้ความหมายว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หมายถึง เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน และเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

WHO (2001 อ้างถึงใน เพ็ญพิภตร อุทิศ, 2555) ได้ให้ความหมายว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หมายถึง การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ซึ่งมีความต้องการได้รับการดูแล จะมีโอกาสได้รับการรักษาอยู่ในระดับชุมชน โดยที่การดูแลไม่ใช่เป็นเพียงบริการใดๆ ที่ให้ระดับท้องถิ่นและสามารถเข้าถึงได้เท่านั้นแต่จะต้องเป็นบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยแต่ละรายด้านด้วย นอกจากนี้ควรเป็นบริการที่มีเป้าหมายในการเสริมสร้างพลังอำนาจ และมีการใช้เทคนิคการบำบัดซึ่งมีประสิทธิภาพที่จะช่วยให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการส่งเสริม ให้มีทักษะในการช่วยเหลือตนเองรวมทั้งการใช้ระบบสนับสนุนอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัวและกลไกสนับสนุนอย่างเป็นทางการอื่นๆ ที่มีอยู่

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน โดยมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

2.2.2 วัตถุประสงค์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยทั่วไปการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนควรเน้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังนี้ (Klebnoff, 1989)

1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพ และความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

2) ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

- 3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน
- 4) ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด
- 5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน ซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล
- 6) ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน
- 7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว
- 8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว
- 9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การให้ยา การรับประทานยา การมีกิจกรรม การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
- 10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2.2.3 หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยในชุมชน จะมีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ตรงที่สามารถค้นหาแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนทั้งที่ไม่เป็นทางการในครอบครัวและเป็นทางการอื่นๆ ที่มีอยู่ และยังไม่ได้มีบทบาทอย่างชัดเจนเพื่อสร้างและสนับสนุนให้แหล่งทรัพยากรเหล่านั้นได้มีบทบาทอย่างเข้มแข็งมากขึ้นในการเป็นพันธมิตร (alliances) ด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยซึ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วต้องถูกทอดทิ้งให้อยู่กับครอบครัวที่ไม่มีความพร้อม โดยไม่ได้รับการดูแลทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะครอบครัวเหล่านี้มักจะได้รับผลกระทบด้านลบทางด้านจิตใจและเกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วยตามมา ซึ่งการใช้ทรัพยากรในชุมชนมาร่วมเป็นพันธมิตรในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนี้ ถือเป็นวิธีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาระที่เกิดขึ้นแก่ครอบครัวและสังคม

การดูแลที่ดีในชุมชนอาจเริ่มตั้งแต่การดำเนินตามหลักการเบื้องต้นบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการบริการดูแลด้านสุขภาพจิต อาทิ การวินิจฉัย การบำบัดรักษาตั้งแต่ในระยะแรก การใช้เทคนิครักษาแบบต่างๆ ที่มีเหตุผลรองรับ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การให้บริการที่ครอบคลุม การให้ผู้ใช้บริการเข้ามามีส่วนร่วม การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลร่วมกับครอบครัว การให้ชุมชนระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และการผสมผสานการดูแลเข้าสู่บริการระดับปฐมภูมิ โดยมีรายละเอียดแต่ละวิธีดังนี้ (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2555)

1) การวินิจฉัยและการบำบัดรักษา (Diagnosis and Intervention) การวินิจฉัยที่ถูกต้องจะมีความจำเป็นมากต่อการวางแผนการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล รวมทั้งการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม การบำบัดรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ในระยะแรกเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการป้องกันไม่ให้เกิดอาการผิดปกติทางจิตที่รุนแรงขึ้น รวมทั้งช่วยควบคุมอาการและส่งผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลตามมา อีกทั้งทำให้มีการพยากรณ์โรคที่ดีด้วย การรักษาความผิดปกติทางจิตที่เหมาะสมจำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยยาอย่างสมเหตุสมผลร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ให้เกิดความสมดุลย์และในลักษณะผสมผสานให้สอดคล้องไปด้วยกัน เช่น การบำบัดทางจิตและการบำบัดทางจิตสังคม

2) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมมักตามมาด้วยการเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังทางร่างกาย ถึงแม้ว่าในบางครั้งจะมีความผิดปกติแบบเฉียบพลันเกิดขึ้นในช่วงที่มีการกำเริบ ดังนั้นการดูแลผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตจึงควรใช้หลักการดูแลแบบโรคเรื้อรัง มากกว่าการดูแลแบบโรคเฉียบพลันหรือโรคติดเชื้อ รูปแบบการดูแลในปัจจุบันเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ได้แก่ การจัดคลินิกเฉพาะกลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยแบบเดียวกันหรือมีปัญหาค้ำยกัน การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว การให้ทีมบำบัดเดิมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้รายกลุ่มแก่ผู้ป่วยและครอบครัว กระจายการบริการสู่ชุมชน (decentralization of services) ผสมผสานบริการดูแลเข้าในระบบบริการปฐมภูมิ

3) การดูแลอย่างกว้างขวางและครอบคลุม (Wide Range of Services) เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตและครอบครัวมีความต้องการที่ซับซ้อนและหลากหลาย และมีความแตกต่างกันไปในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการจัดบริการที่กว้างขวางหลากหลายเพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุม (Comprehensive Care) แก่ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตได้ เช่น ในผู้ที่มีการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ เพื่อให้มีทักษะในการดำรงชีวิต และสามารถทำบทบาทในสังคมได้ดั้งเดิม ส่วนผู้ที่มีการฟื้นตัวเพียงบางส่วนก็มีความต้องการการช่วยเหลือ เพื่อให้กลับสู่สังคมเปิดได้อย่างสมบูรณ์ ส่วนผู้ป่วยบางรายซึ่งมีการดูแลตนเองได้น้อย ก็ควรได้รับประโยชน์จากโปรแกรมการฟื้นฟู (rehabilitation programmes) เช่นกัน ซึ่งบริการดังกล่าวเหล่านี้ควรครอบคลุม การบำบัดรักษาด้วยยา การให้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ การช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย การจัดการเรื่องที่พัก และการสนับสนุนทางเศรษฐกิจสังคมในลักษณะต่างๆ ทั้งนี้บุคลากรวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ อาทิ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และอาสาสมัคร ควรเป็นทีมการดูแลที่ร่วมมือกันในการช่วยเหลือและสนับสนุนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary teams) ในลักษณะนี้ถือว่ามีมีความจำเป็นมากในการบริหารจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากผู้ป่วยและ

ครอบครัวมีปัญหาและความต้องการการดูแลที่สลับซับซ้อน และแตกต่างกันในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย

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

5) การให้ชุมชนระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม (Involvement of the Local Community) ความเชื่อ ทศนคติ และการตอบสนองของสังคม มีผลต่อบริการการดูแลทางด้านสุขภาพจิต เนื่องจากผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตก็เป็นสมาชิกของสังคมเช่นกัน ดังนั้น สิ่งแวดล้อมทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกำหนดผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยในชุมชน นั่นคือ หากสิ่งแวดล้อมในสังคมมีความเอื้ออำนวย ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างกลมกลืนมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นลบ ก็อาจทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปและการรังเกียจทางสังคมเพิ่มขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสนับสนุนให้ชุมชนระดับท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น เผยแพร่และให้ข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อให้เห็นความสำคัญของปัญหา โดยอาจให้ข้อมูลผ่านทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในชุมชน อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือการขอความร่วมมือกับหมอฟันบ้าน การที่ชุมชนได้เข้าใจสภาพปัญหาและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตเหล่านี้ ย่อมทำให้คนส่วนใหญ่ในชุมชนได้เข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และยอมรับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตจากในโรงพยาบาล มาเป็นการดูแลในชุมชน ช่วยให้ตราบาปและการรังเกียจผู้ป่วยทางจิตของคนชุมชนมีลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6) การผสมผสานการดูแลทางจิตเข้าสู่การดูแลระดับปฐมภูมิ (Integration into Primary Health Care) เนื่องจากความผิดปกติทางจิตจะเป็นปัญหาที่พบได้โดยทั่วไปและผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไปใช้บริการครั้งแรกในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ แต่ความผิดปกติดังกล่าวอาจยังไม่

สามารถตรวจพบได้ในระดับนี้ ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจขาดความรู้และทักษะที่เพียงพอในการประเมินเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติเหล่านี้ ดังนั้น การฝึกอบรมให้บุคลากรในระดับนี้มีความรู้ ความสามารถในการค้นหาและให้การบำบัดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่พบบ่อยๆ จึงเป็นมาตรการที่สำคัญ ทั้งนี้ พบว่า บุคลากรในระดับปฐมภูมิของประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ ซึ่งได้รับการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี จะมีความสามารถในการให้บริการบำบัดรักษาแก่ผู้ที่มีปัญหาทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการที่ดีขึ้นและลดอัตราการป่วยซ้ำที่ทำให้ต้องกลับไปรักษาตัวในโรงพยาบาล

สรุป โรคจิตเภท เป็นการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง มีอัตราการกำเริบสูง และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก ผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ส่วนใหญ่จะกลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัวในชุมชน ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชนและสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่เกิดการกลับป่วยซ้ำและส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลงได้นั้น จะมีหลักในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อาทิเช่น การวินิจฉัยและการบำบัดรักษา การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลอย่างกว้างขวางและครอบคลุม การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว การให้ชุมชนระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และการผสมผสานการดูแลทางจิตเข้าสู่การดูแลระดับปฐมภูมิ

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.1 แนวคิดผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปจะมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ แต่มีความแตกต่างที่ชัดเจนในส่วนของ การดูแลเฉพาะของโรคจิตเภท และในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการและความรุนแรงของพฤติกรรม ที่มีผลต่อความบกพร่องในด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ผู้ดูแลจะต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการ และดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วย

3.2 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแลในครอบครัว หรือผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง สมาชิกในครอบครัว เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน รวมถึงญาติของผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญอย่าง

มากในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยการดูแลช่วยเหลือนั้นต้องไม่ได้รับค่าตอบแทน

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้หลายทัศนะคติ ผู้ซึ่งวิจัยได้รวบรวมไว้ดังต่อไปนี้

Horwitz and Reinhard (1995) แบ่งผู้ดูแลออกเป็น 2 ประเภท ตามความรับผิดชอบในการ ทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแลดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้ เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ อย่างน้อย 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายการ ดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแล หลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

Davis (1992) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่น่าจะเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพ เปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรือ อารมณ์ ที่มีทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการ ดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแล ช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลใดๆ และสถานการณ์ในการ ให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้านหรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือ สถานพยาบาลต่างๆ

สรุป ผู้ดูแลหมายถึง บุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์เป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ที่มีหน้าที่ รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนโดย ไม่ได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้าง หรือรางวัลใดๆ

3.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับ อาการหลงผิด ประสาทหลอน การสูญเสียความสามารถหรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (ปัทมา ศิริเวช, 2552) ดังนั้น จึงเป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแลใน ครอบครัว ที่จะต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ และอยู่

ร่วมกับครอบครัว สังคม ได้อย่างปกติสุข และยาวนานที่สุด ไม่เกิดการป่วยซ้ำ ซึ่งบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น สามารถสรุปได้ดังนี้

3.3.1 การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่างๆ มีหลักสำคัญคือ ผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจในกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1) การรักษาความสะอาดร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาบน้ำ สระผม แปรงฟัน ตัดเล็บ และจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำความสะอาดให้พร้อม ช่วยทำให้ สอนวิธีการและให้คำชมเชย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ และทำต่อได้ด้วยตนเอง

2) การดูแลให้รับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องจัดเตรียม และคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ตรงเวลา เนื่องจากการรับประทานอาหารที่ตรงเวลา จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ และดูแลให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่อร่อยง่าย ผัก และผลไม้ เพื่อช่วยในระบบขับถ่าย

3) การนอนหลับพักผ่อน ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยไม่มีสิ่งกระตุ้นรบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันหลายวัน ผู้ดูแลต้องคอยสังเกต หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา เพราะอาจเป็นอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำได้

4) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยอาจเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ซึ่งจะช่วยให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ดี และช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น

5) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำงานเล็กๆ น้อยๆ ภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้จะไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนเลี้ยงตัวเอง แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ และเป็นการเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้อยู่ที่งานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ถ้าได้ทำงานก็จะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่งาน

6) การดูแลผู้ป่วยด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจไม่ดี ผู้ดูแลต้องคอยแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนให้เหมาะสม

7) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ จะสามารถควบคุมอาการของโรค และสามารถป้องกันการกลับป่วยซ้ำได้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา

ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน การสังเกตอาการข้างเคียงของยา และให้การช่วยเหลือ การนำผู้ป่วยไปตรวจรักษาตามนัด รวมทั้งการสังเกตอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ

8) การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะขาดทักษะทางสังคม เช่น การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง ผู้ดูแลควรฝึกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา โดยผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะ และสอนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวและบุคคลอื่นๆในสังคม

10) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสไปทำบุญตักบาตร และทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ

11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนและให้กำลังใจ โดยการชมเชยตามความเป็นจริง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

3.3.2 การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยสังเกต และระแวงระวังอันตรายต่างๆที่อาจเกิดขึ้นทั้งตัวผู้ป่วยเอง เช่น การฆ่าตัวตาย ผู้ดูแลและสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆในสังคม จากการก้าวร้าวใช้ความรุนแรง การวางเพลิง ตลอดจนการแสดงพฤติกรรมต่างๆที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้

3.3.3 การดูแลด้านการใช้สารเสพติด ผู้ดูแลต้องคอยตักเตือน แนะนำให้งดสารเสพติดทุกชนิด และให้ข้อมูลที่ต้องการเหมาะสม เกี่ยวกับผลกระทบของการใช้สารเสพติด ที่มีต่อโรคจิตเภท

3.3.4 การดูแลให้มีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยจิตเภท มักจะมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม ผู้ดูแลจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และชุมชนมากขึ้น เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น การเล่นเกม การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่จัดขึ้นในชุมชน

3.3.5 การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ ไม่มีอาชีพจึงทำให้ขาดรายได้

3.3.6 การประสานงานกับองค์กรของรัฐ เพื่อขอความช่วยเหลือ

3.4 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรคจิตเภท มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องของการทำหน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ ความบกพร่องทางกระบวนการคิด การมีกลุ่มอาการด้านลบ หรือบางรายยังคงมีกลุ่มอาการด้านบวกอยู่แม้ว่าจะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม (รัชชัย ลิฬหานาจ, 2552; มาโนช หล่อตระกูล, 2555) ผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งต้องรับภาระในการ

ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลายๆด้าน ดังต่อไปนี้

3.4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย มีหลักฐานพบว่า ผู้ดูแลเชื่อว่าตนเองกำลังทำทุกอย่างที่สามารถจะให้การดูแลที่ดีแก่ผู้ป่วยได้ ทำให้ให้ความสำคัญ และทุ่มเทพลังกำลังไปที่การดูแลผู้ป่วย ไม่ได้ให้การดูแลตนเองอย่างเพียงพอ ขาดความสนใจถึงความจำเป็นของการดูแลสุขภาพของตัวเอง ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาพร่างกายทรุดโทรม ไม่มีเวลาพักผ่อน (Connell, 1994; Kuhn et al., 2003; Donelan et al., 2002; Hirst, 2005; Robinson et al., 2005; Yeung et al., 2007) โดยเฉพาะเวลาผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ผู้ดูแลต้องดูแลใกล้ชิด (Thompson and Doll, 1982) ต้องคอยเฝ้าสังเกตอาการและระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้น ทำให้ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม บางรายมีความดันโลหิตสูง (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549; นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552)

3.4.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจอารมณ์ จากการศึกษาของ Hou et al. (2008) พบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลสูงที่สุด รองลงมาคือ ความรู้สึกว่าผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแล ความรู้สึกผิด และความรู้สึกเป็นตราบาปทางสังคม ความวิตกกังวลสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง วิตกกังวลว่าผู้ป่วยจะกลับมาป่วยซ้ำในเวลาใดก็ได้ และรู้สึกว่าผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานจะพบบ่อยๆ ซึ่งมีอัตราของความเครียดสูง (Yikikan et al., 2014) รู้สึกแบกภาระที่หนักเกินไป รู้สึกเหมือนถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย รู้สึกไม่พอใจ รู้สึกโกรธ รู้สึกเหมือนถูกแยกออกจากสังคม (Thompson and Doll, 1982) รู้สึกอับอายที่เพื่อน เพื่อนบ้าน รู้ว่ามีญาติป่วยเป็นโรคจิตเภท และรู้สึกยุ่งยากลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย ขณะที่มีการกำเริบ (Igberase et al., 2010; Durmaz and Okanli, 2014) เปื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสูญเสีย ท้อแท้ และมีภาวะซึมเศร้า (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

3.4.3 ผลกระทบทางด้านสังคม ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการให้ความช่วยเหลือในในกิจวัตรประจำวันและการรักษาเฉพาะแก่ผู้ป่วย ทำให้มีเวลาสำหรับตนเองในการประกอบอาชีพเข้าสังคม หรือทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรจะได้รับผิดชอบต่อชีวิตตนเองน้อยลง รู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตนเอง สูญเสียความเป็นส่วนตัว ขาดเพื่อนฝูงในสังคม (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) หรือมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง ขาดการออกกำลังกาย (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552; Provencher, 1996; Awad and Voruganti, 2008) ผู้ดูแลต้องหยุดงานเป็นประจำเพื่อไปรับยาให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และในที่สุดต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Provencher, 1996; Durmaz and Okanli, 2014) ทำให้มีความห่างเหินกับสังคม ขาดสังคมนอกบ้าน (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; Thompson and Doll, 1982) ผู้ป่วยบางรายมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน

หรือมีพฤติกรรมที่รบกวนเพื่อนบ้านก็จะส่งผลถึงความสัมพันธ์ที่เครียดกับเพื่อนบ้านด้วย (Thompson and Doll, 1982)

3.4.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องของกระบวนการคิด ทำให้สมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่องในด้านการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (working memory) การไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลได้ สูญเสียความสามารถในการบริหารจัดการ และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แม้ผู้ป่วยทุเลาจากหูแว่ว ประสาทหลอนหลอนแล้วก็ยังไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม (มาโนช หล่อตระกูล; ยूरชชา ปรีชา และพิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552) ทำให้ผู้ป่วยขาดรายได้ ซึ่งผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล รวมทั้งผู้ดูแลเองต้องออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ขาดรายได้เช่นเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องประสบกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (Thompson and Doll, 1982; Provencher, 1996; Igberase et al., 2010)

สรุป ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น จะเห็นได้ว่า จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ ดังนั้น ควรที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้มีภาระการดูแลลดลง เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ซึ่งสามารถลดการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้

4. แนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4.1 ความหมายของภาระการดูแล

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่า ภาระ หมายถึง ภาระที่หนัก งานที่หนัก หน้าที่ที่ต้องรับ

Thompson and Doll (1982) ให้ความหมายว่า ภาระการดูแล เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับบทบาทการให้การดูแลผู้ป่วย และแบ่งภาระออกเป็น 2 มิติ ได้แก่

1. ภาระเชิงปรนัย หมายถึง ความยุ่งยากจากบทบาทการให้การดูแลผู้ป่วย เป็นบทบาทที่เครียด รบกวนชีวิตประจำวันของครอบครัว ผู้ดูแลไม่ได้สนใจความรับผิดชอบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว การต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย พฤติกรรมของผู้ป่วยรบกวนการใช้ชีวิตในสังคมของครอบครัว และการมีความสัมพันธ์ที่เครียดกับเพื่อนบ้าน

2. ภาระเชิงอัตนัย หมายถึง ผลกระทบด้านลบทางด้านอารมณ์ จากบทบาทการให้การดูแลผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกเครียด ความรู้สึกเหมือนติดกับดัก ความรู้สึกไม่พอใจและความขมขื่น ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกเหมือนแบกภาระที่หนักเกินไป และความรู้สึกอับอาย

MacCarty et al (1989) ให้ความหมาย ภาระการดูแลว่า เป็นผลกระทบด้านลบของผู้ดูแล และแบ่งภาระออกเป็น 2 มิติ ได้แก่

1. ภาระเชิงปรนัย หมายถึง เป็นประสบการณ์ด้านลบที่สังเกตได้ของสมาชิกในครอบครัว เช่น ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาด้านร่างกาย และการมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตในสังคม
2. ภาระเชิงอัตนัย หมายถึง ความรู้สึกภายในที่สัมพันธ์กับสถานการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกวิตกกังวล ความรู้สึกยุ่งยาก ความรู้สึกผิด ความรู้สึกกลัว และความรู้สึกเป็นตราบาป

Montgomery et al. (1985) ให้ความหมาย ภาระการดูแลว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเดือนร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากงานความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแลและครอบครัว โดยแบ่งภาระออกเป็น 2 มิติ คือ

1. ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน เป็นความยากลำบากของผู้ดูแล ที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบ เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระส่วนตัวลดลง การมีเวลาทำกิจกรรมร่วมกับสังคมลดลง การมีสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวลดลง มีปัญหาหน้าที่การงาน และปัญหาด้านสุขภาพ

2. ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกริยาการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแล เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความเครียด ความรู้สึกเป็นทุกข์ ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกหวาดกลัว ความรู้สึกวิตกกังวล ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้า

สรุป ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเดือนร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากงานความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และจะส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแลและครอบครัว อาทิเช่น ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ดูแลและครอบครัว

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 2 ด้านดังต่อไปนี้ (อรรวรรณ ช้องต่อ, 2550)

4.2.1 ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ดูแล

- 1) อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลที่แตกต่างกันจะทำให้การรับรู้ภาระแตกต่างกัน (Lefley, 1987; Cook et al., 1994) ผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่าย่อมมีประสบการณ์ในการดูแลมากกว่าจึงมีส่วนทำให้การรับรู้ภาระน้อยกว่าหรืออายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระ (Montgomery et al., 1985; Greenberg et al., 1993) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ภัทรอำไพ

พิพัฒนานนท์ (2544), รจนา ปุณโณทก (2550), และ Chin et al. (2007) ที่พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลกล่าวคือ ถ้าผู้ดูแลมีอายุมาก การรับรู้ภาระก็จะมากตามเช่นเดียวกัน

2) รายได้ของผู้ดูแล รายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลกล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีรายได้มากจะรับรู้ภาระการดูแลน้อย เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยจะต้องมีค่าใช้จ่าย ค่ารักษา ค่าเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล รายได้เป็นแหล่งสำคัญที่จะช่วยให้การเผชิญปัญหาผ่านไปได้ และช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงแหล่งสนับสนุนอื่นๆ เช่น แหล่งข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งความคล่องตัวในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วย (ขนาน หัสศิริ, 2537; ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544; รจนา ปุณโณทก, 2550; Montgomery et al., 1985; Chien et al., 2007)

3) ระดับการศึกษา ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ภาระการดูแลต่ำ (Greenberg et al., 1993) เนื่องจากผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงจะมีเหตุผลและวิธีแก้ปัญหาต่างๆ รวมทั้งแสวงหาความช่วยเหลือได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (รจนา ปุณโณทก, 2550)

4) เพศ เพศที่ต่างกันจะมีการรับรู้ภาระการดูแลที่ต่างกัน เพศหญิงมีโอกาสได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลและเกิดการรับรู้ภาระการดูแลสูงกว่าเพศชาย (Noh & Turner, 1987) แต่มีผลการศึกษาที่ขัดแย้งกันโดยพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล (รจนา ปุณโณทก, 2550; Sczufa & Kuiper, 1999) และไม่ใช่ตัวทำนายภาระการดูแล (Reinhard & Harwitz, 1995)

5) สถานภาพการสมรส ผู้ดูแลที่มีคู่สมรส จะมีการช่วยเหลือค้ำจุนกันมาก สามารถลดความเครียดต่างๆได้ ส่งผลให้การรับรู้ภาระลดลงแต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสด้วย (วิลลาร์ตน์ ภูวราชูฒิพานิช, 2537) ส่วนผู้ดูแลที่เป็นโสด หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่ มักขาดคนปลอบโยนให้กำลังใจ จะเกิดความเครียดได้ง่าย ซึ่งอาจส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลมากกว่ากลุ่มแรก (Warkeit, 1987 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของรจนา ปุณโณทก (2550) ที่พบว่า สถานภาพการสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล

6) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาระโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องทางสายเลือดโดยตรงกับผู้ป่วยจะมีภาระการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทางสายเลือด ซึ่งเป็นไปได้ว่าความผูกพันทางสายเลือดจะทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย (รจนา ปุณโณทก, 2550)

7) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไป กิจกรรมในสังคมและการพักผ่อนน้อยลง (Doombos, 2002) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ รจนา ปุณโณทก (2550) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลกับภาระการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กัน

8) จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัวเพียง 1-2 คน จะมีภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัว 3-8 คน (Crotty & Kuly, 1986) เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลเฉพาะแต่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ผู้ดูแลยังต้องทำหน้าที่ดูแลสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวด้วย (Thompson and Doll, 1982) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Chien et al. (2007) ที่พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล

9) การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในกลุ่มสังคมในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของแรงงานและบริการ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (เนตรนภา คู่พันธ์วี, 2534 อ้างถึงใน ธิประพิน สุขเขียว, 2543) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความเครียด และส่งผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล (Montgomery et al., 1985) รวมทั้งการเสริมสร้างการสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม จะช่วยลดภาระการดูแลผู้ป่วยได้ การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของภาระการดูแล (Chien et al., 2007)

10) ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท ข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยและปัจจัยด้านวิธีการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลที่ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลต่อภาระการดูแล (Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997) และจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาทางลบ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระเชิงอัตรณ์จากการดูแลผู้ป่วยตามมาได้ (Lim and Ahn, 2003)

11) ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลมีประสบการณ์ที่ยุ่งยากจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และหากผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง นั่นคือ มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและสามารถที่จะเผชิญปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วยได้ ประสิทธิภาพสำเร็จ ผู้ดูแลก็จะแสดงถึงความสามารถนั้นออกมา ซึ่งผู้ดูแลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้น จะเอาใจใส่ มีความพยายาม ความอดทน ไม่ทอดทิ้งต่ออุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย และจะประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยในที่สุด ส่งผลให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลง (Durmaz and Okanli, 2014)

12) ปัจจัยด้านความต้องการในการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือภาระงานที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความเป็นอิสระ และมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองสำหรับแง่มุมอื่นๆ ในชีวิตของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยได้ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544; Montgomery et al., 1985; Schmall et al., 2000)

13) ปัจจัยด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร และความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและกลับป่วยซ้ำได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะการดูแลผู้ป่วยตามมา (Sczufca and Kuiper, 1996)

14) การรับรู้ความรุนแรงของโรคและความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หากผู้ดูแลรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในระดับมากก็จะทำให้รับรู้ภาวะการดูแลมาก เพราะหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ยากแก่การควบคุมก็จะเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงภาวะของผู้ดูแล และหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนความต้องการในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช การดูแล ทักษะในการดูแล และการสนับสนุน ประคับประคองจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ก็จะช่วยลดภาวะการดูแล และทำให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รจนา ปุณโณทก, 2550)

4.2.2 ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย

1) พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมของอาการทางบวก และอาการทางลบ รวมทั้งระดับความรุนแรงของอาการ จะส่งผลกระทบต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล (Awad and Voruganti, 2008) ดังเช่นการศึกษาของ Durmaz and Okanli (2014) พบว่า ผู้ดูแลมีประสบการณ์ที่ย่างยากในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 33.9 พฤติกรรมผิดปกติ ร้อยละ 32.3 มีปัญหาในการสื่อสาร ร้อยละ 16.1 ปฏิเสธการรักษา ร้อยละ 12.9 ไม่เชื่อฟังผู้ดูแล ร้อยละ 4.8 และจากการศึกษาของ Igberase et al. (2010) พบว่า ผู้ดูแล ร้อยละ 24 มีประสบการณ์ที่ย่างยากในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยมีอาการระดับปานกลางและระดับรุนแรง

2) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้ง จะส่งผลต่อการภาวะการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกแบกภาระที่หนักเกินไป ความรู้สึกเหมือนติดกับดัก และความรู้สึกอับอาย (Thompson and Doll, 1982)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดกระทำกับปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและข้อมูลที่เป็นในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยด้านการดูแลตนเอง และปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อลดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เนื่องจากจากการศึกษา พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะการดูแลของผู้ดูแล ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและข้อมูลที่เป็นในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยด้านการดูแลตนเอง และปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งหากผู้ดูแลได้รับการดูแลช่วยเหลือในการแก้ไขปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะการดูแลทั้ง 3 ปัจจัยนี้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยลดลง และปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวนี้เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

ด้วย อีกทั้งในการจัดกระทำกับปัจจัยดังกล่าวข้างต้นมีความเหมาะสม และสอดคล้องกับแนวคิดของการศึกษาในครั้งนี้

4.3 การประเมินภาระการดูแล

Montgomery et al. (1985) ได้แบ่งภาระออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย และภาระเชิงอัตนัย ซึ่ง Montgomery et al. (1985) ได้พัฒนาและประเมินภาระการดูแลออกเป็น 2 มิติดังกล่าวแล้วข้างต้น ในประเทศไทยแปลและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมในแต่ละมิติ สามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลมิติต่างๆได้ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินภาระการดูแลตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) เนื่องจากเป็นการประเมินภาระการดูแลที่ชัดเจน ครอบคลุมมากที่สุด และมีความเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้

4.4 การจัดการกระทำเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า มีการศึกษาในการจัดการกระทำที่หลากหลายเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแล และการเข้าร่วมตามกิจกรรมของการจัดการกระทำสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ดังต่อไปนี้

4.4.1 การศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) และแนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่พาผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยใน ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 กิจกรรม กิจกรรมละ 1-2 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5-12 คน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ
- กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความมีคุณค่าในตน
- กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย

- กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
- กิจกรรมที่ 5 การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกาย
- กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะทางสังคม

4.4.2 การศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบแผนการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมมาจากแนวคิดของ Gibson (1995) และ Dunst & Trivette (1996 cited in Hulm, 1999) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชหอผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดำเนินการขั้นตอนละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ดำเนินการทำงานขั้นตอนละ 1 สัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 3-5 คน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาการรับรู้ภาวะการดูแล

สัปดาห์ที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง

สัปดาห์ที่ 3 ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาศักยภาพการดูแล

สัปดาห์ที่ 4 ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล

4.4.3 การศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง และมีผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองด้วย ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละ 60-90 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

4.4.4 การศึกษา ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและภาวะการดูแลของผู้ดูแล โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี อาศัยการประสานความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร โดยมีแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ที่กำหนดร่วมกัน ซึ่งผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานและกำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนการดูแลผู้ป่วย มีการประเมินผลการดูแลต่อเนื่องและปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว ตามแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธ์ และ อัญชัญ ไพบูลย์ (2546) โดยดำเนินการที่บ้านของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีผู้ดูแลสามารถรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยดำเนินการเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ซึ่งมีกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา

สัปดาห์ที่ 3-4 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เรื่องการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การจัดการกับพฤติกรรมที่รุนแรงและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 5-6 การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เรื่องทักษะการเผชิญความเครียด การฝึกการผ่อนคลายความเครียด การพัฒนาทักษะทางสังคม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย

4.4.5 การศึกษา ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980, 1986) ร่วมกับการใช้กระบวนการพัฒนากลุ่มของ Marram (1987) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน โดยดำเนินกิจกรรมแก่ครอบครัวเป็นรายกลุ่ม จำนวน 4 กลุ่ม ๆ ละ 4 ครอบครัว ซึ่งแต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว อย่างละ 1 คน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา

4.4.6 การศึกษา ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนของ Chou et al. (2002) ตามแนวคิดของ House (1981) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยจิตเภทมาพบแพทย์หรือมารับยาแทนผู้ป่วย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามแนวทางการวินิจฉัยของ ICD-10 ประกอบด้วยกิจกรรมดำเนินการ โดยจำแนกออกเป็น 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดำเนินการกิจกรรมละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม เป็นเวลา 6 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบด้วย
- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล
 - กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด
- ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ประกอบด้วย
- กิจกรรมที่ 3 การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพและฝึกทักษะในการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล
- ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย
- กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน
- ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร ประกอบด้วย
- กิจกรรมที่ 5 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน
 - กิจกรรมที่ 6 การอภิปรายกลุ่มและยุติกลุ่ม
- 4.4.7 การศึกษา ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งการศึกษานี้ใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตรวจรักษา หรือมารับยาแทนผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรมดำเนินการ โดยจำแนกออกเป็น 3 ระยะ 6 กิจกรรม ดำเนินการกิจกรรมละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ดังนี้
- ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย
 - สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 เริ่มต้นกิจกรรมและสร้างสัมพันธภาพ
 - ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย
 - สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภท และระบายความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยจากการสะท้อนคิดและสถานการณ์
 - สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเน้นการนำไปปฏิบัติ
 - สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5 เสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผลการปฏิบัติ
 - ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม ประกอบด้วย
 - สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 6 การสรุปกิจกรรมกลุ่ม

4.4.8 การศึกษา ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากโปรแกรมของ Devaramane (2011) ที่ได้พัฒนาจากแนวคิดของ Varhese (2002) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัวที่บ้าน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม เป็นเวลา 3 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหา

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

4.4.9 การศึกษา ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัว ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ประยุกต์มาจากโปรแกรมบำบัดครอบครัวของ Hegde, Rao & Raguram (2007) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัวที่บ้าน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมละ 45 นาที สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 2 กิจกรรม เป็นเวลา 3 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินบทบาทในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา

สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย

ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มี

ประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 6 การสร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนทางสังคม

4.4.10 การศึกษา ผลของโปรแกรมกลุ่มประคับประคองต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ประยุกต์จากกระบวนการกลุ่มบำบัดประคับประคองตามการศึกษาของ Chu, Liu & Chu (2002) ซึ่งใช้แนวคิดกลุ่มบำบัดประคับประคองของ Yalom (1995) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ที่นำผู้ป่วยมา

รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง แบ่งเป็นช่วงเช้าและบ่าย เป็นเวลา 5 สัปดาห์ต่อเนื่องกันดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการเปิดเผยตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย

ครั้งที่ 2 ประสพการณ์เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วย

จิตเภท

ครั้งที่ 3 การจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย

จิตเภท

สัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย

ครั้งที่ 4 การแสดงออกและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิต

ครั้งที่ 5 การจัดการกับการแสดงออกและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการ

ทางจิต

สัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วย

ครั้งที่ 6 การจัดการกับความคิดทางลบและการผ่อนคลายความเครียดด้วย

ตนเอง

สัปดาห์ที่ 5 ประกอบด้วย

ครั้งที่ 7 การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมและการดูแลตนเองสำหรับผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่ 8 ทบทวนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มและยุติกลุ่ม

สรุป การจัดการกระทำเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผ่านมา ได้แก่ การใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว การจัดการผู้ป่วยรายกรณี โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ โปรแกรมบำบัดครอบครัว และโปรแกรมกลุ่มประคับประคอง ซึ่งการเข้าร่วมตามกิจกรรมของการจัดการกระทำดังกล่าวข้างต้นสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ แต่ยังไม่พบว่า มีกิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในด้านการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย อาทิเช่น ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้า การคลายความเครียดด้วยเทคนิคการพูดกับตัวเอง (Self-talk) และวิธีการมองโลกในแง่ดี รวมทั้ง การวางแผนการดูแลตนเองของผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม ซึ่งให้ผู้ดูแลวางแผนในแต่ละครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมตลอด 3 สัปดาห์ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลมีเวลาสำหรับตนเองใน

การประกอบอาชีพ เข้าสังคมหรือทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรจะได้รับผิดชอบต่อชีวิตตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยลดลง ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำโปรแกรมการสร้างพลังความสามารถตามแนวคิดของ Schmall et al. (2000) มาประยุกต์เป็นโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ร่วมกับการนำเอารูปแบบกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มกับผู้ดูแลในประเทศไทย โดยมีเป้าหมาย เพื่อลดภาวะการดูแลและตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4.5 บทบาทของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในการลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภท ส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และมีอัตราการกำเริบสูง ประกอบกับการรักษาผู้ป่วย มีการเร่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ซึ่งผู้ป่วยยังมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆอยู่ เช่น การขาดความสนใจและความกระตือรือร้นในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการทำงาน การมีความสามารถทางสังคมลดลง เป็นต้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ที่จำเป็นต้องให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน จึงส่งผลให้ผู้ดูแล รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระทั้งภาระเชิงปรณัยและภาระเชิงอัตนัย ซึ่งพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตควรจะต้องมีบทบาทในการลดภาวะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ดังนี้

4.5.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลให้น้อยที่สุด เช่น พฤติกรรมบ่าบดต่างๆ ฝึกให้ผู้ดูแลดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งทักษะทางด้านกายภาพและการเคลื่อนไหว (Elloit, 1998)

4.5.2 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver intervention) สามารถแบ่งได้ดังนี้

1) การให้ความรู้ (education) การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและข้อมูลที่เป็นในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (Lim and Ahn, 2003) จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น วิธีการดูแลผู้ป่วย มีแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น (จิราพร รักการ, 2549; ขนิษฐา สุขทอง, 2555; Savundranayagam et al., 2011) ดังเช่น การศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ที่ศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า สามารถลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้ และจากการศึกษาของขนิษฐา สุขทอง (2555) ที่ศึกษา ผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลและการแสดงออก

ทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า สามารถลดภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลได้

2) กลุ่มสนับสนุน (support group) ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่มีการช่วยเหลือกันในด้านต่างๆ จนทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ และไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียด ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความพอใจในจิตใจ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนวิถีในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ (นิรมล จิตต์จำนง, 2548; House, 1981 อ้างถึงใน สุณีย์ แสงดาว, 2555) ดังเช่นการศึกษาของสุณีย์ แสงดาว (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า สามารถลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้ และการศึกษาของ Chien (2008) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกัน สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชาวจีน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกัน รับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง

3) ครอบครัวบำบัด (family therapy) การทำครอบครัวบำบัด จะต้องไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วย หรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ครอบครัวบำบัด เป็นการให้ความรู้ และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน บุษผา ธนิกกุล, 2555)

4) การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (develop family strength) ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องเผชิญหน้าและรับผิดชอบความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต และต้องรับภาระหนักในการดูแล จึงจำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนัก รวมทั้งความแข็งแกร่งของความรู้สึกของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจ และเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้ เป็นแนวทางในการลดภาระการดูแล

5) การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา (involving caregiver in treatment) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวเป็นสาเหตุของการเกิดโรค หรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัว ซึ่งสิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วม คือ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลของการรักษาผู้ป่วยต่อผู้ดูแล (Eliot, 1998) การมีส่วนร่วมที่แท้จริงคือ การมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น การร่วมวางแผนการรักษา และก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาและผลลัพธ์ ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้ จะช่วยลดความแตกต่างหรือช่องว่างระหว่างทีมรักษาและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญในการรักษา จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลได้

สรุป บทบาทของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น ควรจะต้องให้การดูแล ช่วยเหลือทั้งตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแล และครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ผู้ดูแลและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สามารถเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแล และลดการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้

5. แนวคิดการสร้างพลังความสามารถ

การสร้างพลังความสามารถ (Powerful Tools for Caregivers : PTC) เป็นแนวคิดของ Schmall et al. (2000) ซึ่งเป็นกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม สำหรับสนับสนุนผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน และมีแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura (1986) โดยมีรูปแบบมาจากโปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง (the chronic disease self-mangement program : CDSMP) ของ Lorig et al. (2001) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้ในผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคทั้งทางกายและทางจิต โรคทางกาย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคหอบหืด โรคข้ออักเสบ ส่วนโรคทางจิต ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โปรแกรมการสร้างพลังความสามารถ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นรูปแบบของกลุ่มสนับสนุนสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้ความรู้ วิธีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นการจัดการอารมณ์ วิธีการเผชิญปัญหาโดยการแก้ไขปัญหา และการสนับสนุน (Toseland et al., 2001) และส่วนที่สองเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของโปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในตนเอง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การฝึกทักษะ การมีความรู้สึกและทัศนคติทางบวก ตัวแบบ และการจูงใจ (Lorig et al., 2001) โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการ การเรียนรู้ที่สำคัญ โปรแกรมการสร้างพลังความสามารถ เป็นการออกแบบเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองเพื่อสร้างความสมดุลในชีวิตให้ผู้ดูแล ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น ซึ่งรายละเอียดของแนวคิดสรุปได้ดังนี้

5.1 แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา

5.1.1 ความหมายของสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) มีผู้ให้ความหมายของสุขภาพจิตศึกษาไว้หลายทัศนะคติ ผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ดังต่อไปนี้

พิเชษฐ อุตมรัตน์ (2552) กล่าวว่า สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) คือ กลวิธีการรักษาชนิดหนึ่งที่ไม่ใช่ยาแต่เป็นการให้ข้อมูลชนิดการสอน (didactic) ที่มีโครงสร้างชัดเจน (structured) และเป็นระบบ โดยข้อมูลที่ให้เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษาซึ่งรวมทั้ง

ประเด็นทางอารมณ์ (emotional aspects) ด้วย เพื่อให้ผู้ที่เข้ารับ Psychoeducation ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว สามารถที่จะรับมือหรือจัดการกับ (cope with) ความเจ็บป่วยนั้นได้

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) สุขภาพจิตศึกษา คือ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต ที่เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง เป็นการบูรณาการโดยการปฏิบัติการที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการ กับปัญหาสุขภาพจิตของตน ดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพจิตและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต ใน ลักษณะการบอก การสอน การให้คำแนะนำ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เน้นการเพิ่มพูนความรู้ด้าน สุขภาพจิตในการดูแลตนเอง การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถ ดูแลตนเอง จัดการกับโรค อาการที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางจิตได้ดีขึ้น รวมถึงการดำรงชีวิตที่เป็นสุข เป็นความพยายามที่จะทำให้บุคคล ครอบครัว สามารถจัดการกับภาวะการเจ็บป่วย และสร้างเสริม สุขภาพจิตที่ดีได้

Anderson et al (1980) กล่าวถึง สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ว่าเป็น รูปแบบการให้บริการด้านความรู้ทางสุขภาพจิต มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา ขจัด ความคิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง โดยการให้ข้อมูล ความรู้ รวมถึงการประคับประคองด้วย

โดยสรุป สุขภาพจิตศึกษา หมายถึง กลวิธีการรักษาชนิดหนึ่ง ที่ไม่ใช่ยาแต่เป็นการ ให้ข้อมูลชนิดการสอน (didactic) การบอก การให้คำแนะนำ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่มีโครงสร้างชัดเจน (structured) เป็นระบบ เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องโดยข้อมูลที่ให้เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับโรค และการรักษาซึ่งรวมทั้งประเด็นทางอารมณ์ มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา ขจัด ความคิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง จัดการกับโรค อาการที่เกิดจากการ เจ็บป่วยทางจิตได้ดีขึ้น รวมถึงการดำรงชีวิตที่เป็นสุข

5.1.2 องค์ประกอบในการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ประสบผลสำเร็จ

การให้ความรู้ที่ประสบผลสำเร็จควรประกอบด้วยหลักการดังนี้

- 1) ผู้เรียนให้ความร่วมมือ ความร่วมมือของผู้เรียนจะช่วยให้การเรียนรู้มี ประสิทธิภาพ
- 2) ผู้สอนสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ผ่อนคลาย เปิดโอกาสให้ผู้เรียน แสดงความรู้สึก เจตคติและค่านิยมต่างๆได้อย่างเหมาะสม
- 3) เน้นการยอมรับและอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้ รวมถึงการจัดให้มีการ ฝึกกระทำไปด้วยจะทำให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้จริง
- 4) ลำดับความรู้ ผู้สอนต้องสอนเป็นลำดับจากง่ายไปยาก และควรให้ ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติไปด้วยจะทำให้เกิดการเรียนรู้จริง สามารถปฏิบัติได้
- 5) ผู้สอนใช้หลักจิตวิทยาการเรียนการสอน เช่น มีการเสริมแรง การให้ รางวัล การชมเชย การใช้เวลาที่เหมาะสม ไม่เคร่งเครียดเกินไปและให้เวลาผู้เรียนในการเรียนรู้

6) ผู้สอนใช้เทคนิคการให้ความรู้หลายๆ แบบตามความสนใจ ความถนัด และความพร้อมของผู้เรียน

5.1.3 รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษา

พิเชษฐ อุคมรัตน์ (2552) ได้แบ่งสุขภาพจิตศึกษาเป็น 5 รูปแบบ คือ

1) แบ่งตามจำนวนผู้รับ ในกรณีนี้จะแบ่งเป็น

1.1) การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคล (individual psychoeducation)

1.2) การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายกลุ่ม (group psychoeducation: GPE)

2) แบ่งตามประเภทของผู้รับ ในกรณีนี้จะแบ่งเป็น

2.1) เฉพาะผู้ป่วย (patient-directed approach) แยกเป็นกลุ่มผู้ป่วยในกับกลุ่มผู้ป่วยนอก ซึ่งมีอาการคงที่ (stable) หรือจะผสมกันระหว่างผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน

2.2) เฉพาะญาติหรือครอบครัวผู้ป่วย (family psychoeducation: FPE) หากเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยหลายๆครอบครัวไปพร้อมกัน เรียกว่า multifamily หรือ multiple family psychoeducation group (MFPG) และเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทบางรายอาจไม่มีญาติ แต่มีเพื่อนสนิทเป็นผู้ดูแล ในกรณีนี้จะใช้คำว่า caregiver psychoeducation แทน

2.3) รวมผู้ป่วยกับญาติผู้ป่วยเข้าด้วยกันในการให้สุขภาพจิตศึกษาแต่ละคราว ซึ่งอาจเป็นครอบครัวเดียวหรือมากกว่าหนึ่งครอบครัวก็ได้

3) แบ่งตามจำนวนของ session แบ่งเป็น

3.1) ระยะสั้น (brief) ประมาณ 6-9 session

3.2) ระยะยาว (long) ประมาณ 20-22 session

4) แบ่งตามผู้ให้สุขภาพจิตศึกษา จะแบ่งเป็น

4.1) professional คือ เป็นบุคลากรทางสุขภาพจิตเป็นผู้ให้สุขภาพจิตศึกษา

4.2) เป็นผู้ป่วยด้วยกันเองที่รักษาหายแล้วหรืออาการคงที่แล้ว และได้รับการฝึกฝนจากบุคลากรทางสุขภาพจิตให้ทำหน้าที่เป็นผู้ให้สุขภาพจิตศึกษา

5) แบ่งตามสถานที่ (setting) ของการทำสุขภาพจิตศึกษา จะแบ่งเป็น

5.1) การทำสุขภาพจิตศึกษาแบบทดลอง (experimental) หรือวิจัยเพื่อหารูปแบบ (model) ที่เหมาะสม

5.2) การทำสุขภาพจิตศึกษาในชีวิตจริง เพราะผลที่ได้อาจมีความแตกต่างกันมาก

Williams (1989) ได้กล่าวถึง รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษามีลักษณะแตกต่างกัน โดยมีรูปแบบต่างๆ ดังนี้

1) การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้ฝึกทักษะและความสามารถดูแลตนเองได้

2) การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาลโดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบเฉพาะในการดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญคือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม มีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

5.1.4 ความหมายของสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม มีผู้ให้ความหมายของสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มไว้หลายทัศนะคติ ผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ดังต่อไปนี้

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553) ให้ความหมายของสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มว่า เป็นชนิดของกลุ่มจิตบำบัดที่เป็นการให้ความรู้ ทำให้เกิดการหยั่งรู้ตนเองถึงปัญหา อารมณ์ ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยโรคประสาทที่เผชิญกับปัญหาค่อนข้างมาก

Williams (1989) ให้ความหมายสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มว่า เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

Wilson (1996) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มว่า เป็นรูปแบบการให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับความผิดปกติของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษา และการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อช่วยประคับประคองให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้

โดยสรุป สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม หมายถึง เป็นให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้

5.1.5 วัตถุประสงค์ของการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม

นันทิกา ทิวชาติ (2539 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553) ได้กล่าวถึง วัตถุประสงค์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาไว้ดังนี้

- 1) เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การดำเนินโรคและการรักษาในผู้ป่วยแก่สมาชิก
- 2) เพื่อเป็นการช่วยเหลือและให้การสนับสนุนประคับประคองแก่สมาชิก
- 3) เพื่อลดความรู้สึกลับซึ้งใจ รู้สึกผิด ความรู้สึกหมัดหวังกับสมาชิก
- 4) เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เข้าใจและสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ดีขึ้น รวมทั้งสามารถควบคุมการแสดงออกทางของอารมณ์ภายในครอบครัวให้เหมาะสมขึ้น

5.1.6 ลักษณะของการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม

ลักษณะของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา อาจจะทำได้ทั้งในลักษณะของกลุ่มปิด หรือกลุ่มเปิดก็ได้ ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ที่เข้ารับสุขภาพจิตศึกษา เนื้อหาที่ต้องการให้เกิดการเรียนรู้ ลักษณะของกลุ่มปิด หมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียว ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปิดกลุ่ม ทุกครั้งที่มีการนัดหมาย ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มพัฒนาการและนำไปสู่การแก้ปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หากมีสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มอาจขัดขวางพัฒนาการของกลุ่มได้ ส่วนลักษณะของกลุ่มเปิด เป็นกลุ่มที่เปิดโอกาสให้มีการเพิ่มสมาชิกเข้ามาใหม่ได้ เนื่องจากการจัดกลุ่มแต่ละครั้งสมาชิกไม่สามารถเข้าร่วมได้โดยตลอดทุกครั้ง หากมีสมาชิกสนใจในเรื่องที่จัดและผู้สอนพิจารณาแล้วเห็นว่าสามารถเข้าร่วมกลุ่มกับสมาชิกเดิมได้ ก็สามารถนำสมาชิกใหม่เข้าร่วมในกลุ่มที่กำลังดำเนินการอยู่ได้ โดยมีการแนะนำตัวตามกติกาของการเข้ากลุ่ม

5.2 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

5.2.1 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นแนวคิดที่อยู่ในทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Albert Bandura ซึ่งทฤษฎีนี้ประกอบด้วยแนวคิด 3 ประการ คือ แนวคิดของการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation Learning) แนวคิดของการกำกับตนเอง (Self-Regulation) และแนวคิดของการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ การแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) แม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม มีการศึกษาที่ยืนยันว่า ความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ต้องผ่านความรู้สึกนึกคิด (Self-referent thoughts) ของบุคคลก่อน การรับรู้

ความสามารถของตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิดและเป็นตัวเชื่อมระหว่าง ความรู้ และ การกระทำ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540; Lawrance, Levy and Rubinson, 1990; Lawrance and McLeroy, 1986) มีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางของจิตใจและก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “ฉันทำได้” (I can do) (Ross, 1992 อ้างถึงใน นภาพร เหลืองมงคลชัย, 2554)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าบุคคล 2 คนนี้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนๆเดียวกันเช่นกัน ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน Bandura เห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว แต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะนั้นๆนั่นเอง นั่นคือ ถ้าเรามีการรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่รับรู้ว่ามีประสิทธิภาพ จะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด

5.2.2 ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1986) ให้ความหมาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ว่าหมายถึง ความเชื่อและการตัดสินใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ตามที่ต้องการ เนื่องจากบุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรม ก็ต่อเมื่อเขาเชื่อว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งนั้นให้สำเร็จได้ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล

Kuhn et al. (2003) ให้ความหมาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ว่าหมายถึง ความเชื่อของบุคคลซึ่งเกี่ยวกับการมีทัศนคติและพฤติกรรมใหม่ จะช่วยให้ตนสามารถประสบความสำเร็จได้ ความเชื่อและความคาดหวังเหล่านี้มีผลต่อการเลือกกระทำของบุคคล ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการฝึกให้มีทักษะ

Gonzalez et al. (1999 อ้างถึงใน Boise et al., 2005) ให้ความหมาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ว่าหมายถึง ความเชื่อในความสามารถของตนเองของบุคคล เพื่อระดมกำลังให้มีแรงจูงใจ วิธีการทางกระบวนการคิด และวิถีทางของการกระทำที่มีความจำเป็น เพื่อให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ต้องการได้

สรุป การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อและการตัดสินใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ตามที่ต้องการ ซึ่งความเชื่อนั้นจะส่งผลต่อแรงจูงใจและการกระทำของบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยการฝึกให้มีทักษะ

5.2.3 อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความคิดและการกระทำของบุคคล

Bandura (1986) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคล 4 ประการ ดังต่อไปนี้

1) การเลือกกระทำพฤติกรรม ในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และในสภาพการณ์ใด ๆ นั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลจะเลือกทำงานนั้น ถ้าเขาเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำงานนั้นให้สำเร็จได้ ในขณะที่บุคคลที่เชื่อว่าเขามีความสามารถไม่พอในการทำงานนั้น ก็จะมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงงาน บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมักจะเลือกทำงานที่ท้าทาย มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาความสามารถของตนให้สูงขึ้น ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะหลีกเลี่ยงงาน ท้อถอย และขาดความมั่นใจในตนเอง

2) การใช้ความพยายามและความอดทนในการทำงาน ยิ่งบุคคลมีความสามารถสูงเท่าใด บุคคลนั้นจะยิ่งมีความพยายามและอดทนในการทำงานมากเท่านั้น และมักจะประสบผลสำเร็จในงานที่ท้าทายความสามารถ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะสงสัยในความสามารถของตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรค หรือพบกับงานที่รู้สึกว่ายาก ทำให้ขาดความพยายามและเลิกกระทำไปในที่สุด การรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคล ซึ่งมีผลต่อความพยายามที่จะเรียนรู้และกระทำการใด ๆ ให้ลุล่วง จึงมีความสำคัญและจำเป็นในกิจกรรมที่บุคคลรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ยาก

3) รูปแบบความคิดและพฤติกรรมทางอารมณ์ การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อรูปแบบความคิดและพฤติกรรมทางอารมณ์ในระหว่างการกระทำพฤติกรรม และการคาดการณ์กระทำภายหน้า ผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูง จะเอาใจใส่และมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ สำหรับบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ จะรู้สึกว่ายากนั้นยากลำบาก ซึ่งมักจะรู้สึกมากเกินไปจนเกินความเป็นจริง มีผลให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดและทำลายความสามารถของตนเองที่จะเรียนรู้ในงานที่ล้มเหลว อุปสรรคจะเป็นการกระตุ้นตนเอง ให้มีความพยายามยิ่งขึ้น

4) เป็นผู้กำหนดการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม นั่นคือ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะคิด รู้สึก และกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างจากบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะสนใจและเลือกทำงานท้าทาย หากยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะยิ่งพยายามมากขึ้น ถ้าพบกับความล้มเหลวก็จะใช้ความล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ประสบความสำเร็จ และทำการต่างๆ อย่างไม่วิตกกังวล ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ มักจะเอาความสามารถเป็นตัว

ทำนายพฤติกรรมในอนาคตของตน แต่ไม่พยายามใช้ความสามารถของตน โดยจะหลีกเลี่ยงงานที่ยาก เมื่อพบกับอุปสรรคก็จะเลิกทำการกระทำนั้น ทำให้มีความปรารถนา ความทะเยอทะยานต่ำ และต้องพบกับความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมาก

5.2.4 การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การสร้างหรือการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura(1986) นั้น มีที่มาจาก 4 ปัจจัย คือ

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อว่า เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่า สามารถทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้ บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกับการทำให้รับรู้ว่าคุณคนนั้นมี ความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้บุคคลใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลจากการกระทำที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่า เขาก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขามีความพยายามจริงและไม่ย่อท้อตัวแบบนั้นแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทด้วยกันคือ

2.1) ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live Model) คือ ตัวแบบที่บุคคล ได้มีโอกาสสังเกตและปฏิสัมพันธ์โดยตรง

2.2) ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่ ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หรือหนังสือนวนิยาย นอกจากนี้ คำบอกเล่าด้วยคำพูดหรือ ข้อมูลที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรก็เป็นตัวแบบได้

ในการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบนี้ Bandura (1989) ได้กล่าวว่า ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังต่อไปนี้

1. กระบวนการตั้งใจ (Attention Processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้มากจากการสังเกต ถ้าไม่มีความตั้งใจ และรับรู้ได้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง พบว่า ตัวแบบที่ทำให้ บุคคลมีความตั้งใจจะสังเกตนั้นต้องเป็นตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด เป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่สลับซับซ้อนมากนัก จิตใจ รวมทั้งพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกนั้นควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์อีกด้วย นอกจากองค์ประกอบของตัวแบบแล้ว ยังมี องค์ประกอบของผู้สังเกต ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ ซึ่งรวมทั้งการเห็น การได้ยิน การรับรู้

การได้กลิ่น และการสัมผัส จุดของการรับรู้ ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชื่นชอบที่เคยได้เรียนรู้มาก่อนแล้ว

2. กระบวนการเก็บจำ (Retention Processes) บุคคลจะไม่ได้รับอิทธิพลมากนักจากตัวแบบ ถ้าไม่สามารถจดจำได้ถึงลักษณะของตัวแบบ บุคคลจะต้องแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างเพื่อให้จำได้ง่ายขึ้น ซึ่งปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการเก็บจำคือ การเก็บรหัสเป็นสัญลักษณ์ เพื่อให้ง่ายแก่การจำ การจัดระบบโครงสร้างทางปัญญา การชักซ้อมลักษณะของตัวแบบที่สังเกตในความคิดของตนเอง และชักซ้อมด้วยการกระทำ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความสามารถทางปัญญา และโครงสร้างทางปัญญาของผู้สังเกตด้วย

3. กระบวนการกระทำ (Production Processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้นมาเป็นการกระทำ ซึ่งจะกระทำได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกต การกระทำของตนเอง การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และการเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สังเกตอีกด้วย ซึ่งได้แก่ ความสามารถทางกาย และทักษะในพฤติกรรมย่อยๆ ต่างๆ ที่จะทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมได้ตามตัวแบบ

4. กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes) การที่บุคคลที่เกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ กระบวนการจูงใจขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของสิ่งล่อใจจากภายนอก สิ่งนั้นจะต้องกระตุ้นการรับรู้ เป็นสิ่งของที่จับต้องได้ เป็นที่ยอมรับของสังคม และพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบนั้นสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจที่เห็นผู้อื่นได้รับ ตลอดจนสิ่งล่อใจของตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นวัตถุสิ่งของ และการประเมินตนเอง นอกจากนี้ ในแง่ของผู้สังเกตนั้น ยังขึ้นอยู่กับความพึงพอใจในสิ่งล่อใจ ความลำเอียงจากการเปรียบเทียบทางสังคม และมาตรฐานภายในของตนเอง

3) การชักจูงโดยคำพูด (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมี ความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป ซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมี ประสบการณ์ของความสำเร็จซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคล อย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมจะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้อาจจะทำให้เกิดความกลัว และจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคล

ไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลด หรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

5.2.5 การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตีความของบุคคลที่เจาะจงต่อพฤติกรรมเฉพาะอย่าง ภายใต้สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ในการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura (Bandura, 1986) กล่าวว่า ควรวัดเจาะจงกับสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความยุ่งยากและเป็นอุปสรรคต่อการกระทำ เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง วัดได้ 3 ด้าน ดังนี้

1) ความยาก การรับรู้ความสามารถของตนเองจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ในการที่จะกระทำพฤติกรรมหนึ่งๆ หรือแตกต่างกันในบุคคลเดียวกัน เมื่อต้องทำพฤติกรรมที่มีความยากง่ายแตกต่างกัน

2) การนำไปใช้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นๆ ซึ่งประสบการณ์บางอย่างก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในงานในสถานการณ์อื่นที่คล้ายคลึงกัน แต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้ ประสบการณ์บางอย่างไม่ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองถูกนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นๆ ได้

3) ความเข้มหรือความมั่นใจ ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความเข้มน้อย คือ บุคคลไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง เมื่อประสบเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวัง จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง แต่ถ้ามีความเข้มหรือมีความมั่นใจมาก บุคคลจะมีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำกิจกรรม แม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังของตนบ้างก็ตาม ทำให้กิจกรรมที่เลือกกระทำนั้นมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จ

ส่วนใหญ่นิยมวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพียง 2 มิติ คือ ระดับความยาก และระดับความมั่นใจ (ละม้าย เกิดโภคทรัพย์, 2548) ซึ่งควรวัดจากสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง และจำเป็นต้องกระทำ ประเมินโดยการแสดงหรือบรรยายสิ่งที่จะปฏิบัติหรือจะกระทำ แล้วถามว่ามีความมั่นใจ หรือ คาดหวัง ในการที่จะปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมนั้นมากน้อยเพียงใด ซึ่งบุคคลจะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เชื่อว่าเกินความสามารถของตน และจะปฏิบัติพฤติกรรมที่พิจารณาแล้วว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติได้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ยังเป็นตัวกำหนดความมาน้อยและความคงทนของการใช้ความพยายามของบุคคล บุคคลที่ไม่ค่อยแน่ใจในความสามารถของตนเอง มักไม่ค่อยใช้ความพยายาม หรือเลิกปฏิบัติพฤติกรรมได้ง่ายเมื่อเผชิญปัญหาหรืออุปสรรค

ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อเอาชนะอุปสรรค และบุคคลที่มีความพยายามสูง มักจะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของ Bandura (1986) โดยการวัดระดับความมั่นใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง นั่นคือผู้ดูแลจะมีระดับความเชื่อมั่นหรือระดับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงด้วยเช่นเดียวกัน ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่อง

6. แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram

โดยธรรมชาติมนุษย์จะชอบอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม เริ่มตั้งแต่ในครอบครัว ในโรงเรียน กลุ่มร่วมงาน กลุ่มเพื่อน และกลุ่มสังคม เป็นต้น การรวมกลุ่มกันในรูปแบบต่างๆ นั้น แต่ละกลุ่มจะต้องประกอบด้วยสมาชิก สมาชิกแต่ละคนก็ย่อมมีบทบาทต่อกลุ่มของตน ดังนั้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ขั้นตอนในการทำงานกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ มีการตัดสินใจ แก้ปัญหา และจัดข้อขัดแย้งร่วมกัน กระทำกิจกรรมของกลุ่มร่วมกันเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งเอาไว้ จึงรวมเป็นกระบวนการขึ้นเรียกว่า “ กระบวนการกลุ่ม ” ซึ่งจะมีพลังทั้งทางด้านกายภาพ และจิตวิทยาอันสลับซับซ้อนเข้ามาเกี่ยวข้อง

ในกระบวนการกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องคำนึงถึงการจัดตั้งกลุ่ม (Group Formation) และการจัดประสบการณ์เรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of group experience) ซึ่ง Marram (1978) ได้กล่าวไว้ดังต่อไปนี้

6.1 การจัดตั้งกลุ่ม สิ่งสำคัญที่ผู้นำกลุ่มจะต้องคำนึงถึงในการจัดตั้งกลุ่ม คือ

6.1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป ซึ่งกำหนดขึ้นเพื่อ

- 1) ช่วยให้สมาชิกมีการรับรู้ในพฤติกรรมของตน และสัมพันธ์ภาพระหว่างตนกับสมาชิกด้วยกัน จากข้อมูลย้อนกลับที่ได้จากสมาชิกในกลุ่มและผู้นำกลุ่ม
- 2) ช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกัน และทำให้สมาชิกมีความมั่นใจยิ่งขึ้น
- 3) ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ หมดหวัง จากการที่รู้สึกว่าคุณประสบปัญหานั้นๆ แต่เพียงลำพังผู้เดียว
- 4) ให้ออกสื่อกับสมาชิกในการปฏิบัติตนเพื่อให้ประสบผลสำเร็จในรูปแบบการสื่อสารกับผู้อื่นมากขึ้น
- 5) ช่วยให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัยว่ากลุ่มเป็นที่ ที่สามารถเปิดเผยปัญหาให้สมาชิกอื่นรับรู้ได้ และจะได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ของสมาชิกอื่นๆ

6.1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะรายบุคคล เป็นพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนที่แสดงออกมา เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั่วไป วัตถุประสงค์ทั่วไปข้อ 1.1.1 ช่วยให้สมาชิกมีการรับรู้ในพฤติกรรมของตน และสัมพันธ์ภาพระหว่างตนกับสมาชิกด้วยกัน จะบรรลุเป้าหมายได้เมื่อสมาชิกมีพฤติกรรม ดังต่อไปนี้

- 1) สมาชิกรับฟังเมื่อผู้อื่นประเมินประเมินพฤติกรรมของตน
- 2) สมาชิกมีการซักถามให้เข้าใจในเรื่องของตน ซึ่งได้รับการประเมินจากสมาชิกกลุ่ม
- 3) สมาชิกบอกได้ว่าตนตั้งใจ หรือมีความคาดหวังอะไรอยู่เบื้องหลังพฤติกรรมที่ตนแสดงออก
- 4) สมาชิกบอกได้ถึงความแตกต่างระหว่าง ความตั้งใจการทำพฤติกรรมนั้นกับการที่ผู้อื่นรับรู้ในพฤติกรรมที่แสดงออก

6.2 การคัดเลือกสมาชิกที่จะมาเข้ากลุ่ม

ในการคัดเลือกสมาชิกที่จะมาเข้ากลุ่ม ต้องพิจารณาว่าใครที่ควรจะได้รับประโยชน์จากกลุ่ม และใครพร้อมที่จะเข้ากลุ่ม ซึ่งทำได้โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์และดูจากบันทึกประวัติของสมาชิก

6.3 โครงสร้างของกลุ่ม

การจัดโครงสร้างของกลุ่ม เพื่อให้ให้กลุ่มบรรลุเป้าหมายได้โดยง่าย จะต้องคำนึงถึงบรรยากาศของกลุ่ม ขนาดของกลุ่ม สถานที่และระยะเวลาในการทำกลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

6.3.1 บรรยากาศ ควรจัดให้มีบรรยากาศแบบเป็นกันเอง และจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกมีอิสระที่จะแสดงความคิดเห็นต่างๆออกมา โดยไม่มีอะไรขัดขวางความรู้สึกนึกคิด สมาชิกทุกคนควรจะมีคามทัดเทียมกันทั้งในฐานะและหน้าที่

6.3.2 ขนาดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกที่เป็นองค์ประกอบของกลุ่มมีความสำคัญ ไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน (Taylor, 1994) Bormann (1975 อ้างถึงใน สุนันทา นวลเจริญ , 2554) กล่าวว่า กลุ่มที่มีสมาชิก 5 คนหรือน้อยกว่า สมาชิกแต่ละคนจะได้พูดกันอย่างทั่วถึง ในกลุ่มที่มีสมาชิกตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป สมาชิกคนที่พูดน้อยมักจะหยุดหรือเลิกพูดไป จะมีคนที่พูดเก่งเท่านั้นที่พูด ยิ่งกลุ่มใหญ่มากขึ้น ศูนย์กลางของการพูดจะยังอยู่ในกลุ่มคนน้อยลง และปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มจะล้มเหลว ในกลุ่มที่มีสมาชิกตั้งแต่ 13 คนขึ้นไป จะมีเพียง 3-7 คนเท่านั้นที่พูด ส่วนที่เหลือจะกลายเป็นผู้ดูและผู้ฟัง ในกลุ่มที่มีสมาชิกมากกว่า 13 คน เป็นเวลานาน จะมีการจับเป็นกลุ่มย่อยในกลุ่มใหญ่ ส่วนกลุ่มที่มีสมาชิกน้อยกว่า 5 คน การมองปัญหาจะแคบ สมาชิกในกลุ่มอาจเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายกับความเห็นซ้ำๆกันของสมาชิกเดิม การมีจำนวนสมาชิกที่มากพอทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเรียนรู้ที่หลากหลาย จำนวนสมาชิกที่

เหมาะสมคือ 6-10 คน ถ้ามีสมาชิกมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันได้ไม่ทั่วถึง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

6.3.3 สถานที่ สถานที่ที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกมากขึ้น สถานที่ที่ใช้ในการทำกลุ่มจึงควรเป็นสัดส่วนเฉพาะ (Privacy) เงียบสงบไม่มีสิ่งรบกวน หรือเบี่ยงเบนความสนใจ (Marram, 1978) การจัดให้สมาชิกในกลุ่มนั่งหันหน้าเข้าหากัน (Face to face group) จะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างคล่องตัวทั่วถึง และมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดจะทำให้ความรู้สึกนึกคิด และอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

6.3.4 ระยะเวลา ระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม ควรเป็นเวลาที่ทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่มว่าง ไม่มีกิจกรรมอื่นๆ ควรกำหนดวัน เวลา และจำนวนครั้งที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม (Marram, 1978)

1) ระยะเวลาในการทำกลุ่ม โดยทั่วไปมักใช้เวลาประมาณ 1-1½ ชั่วโมง ส่วนในกลุ่มเล็กๆ ที่มีปัญหาเพียงเรื่องเดียวไม่ควรใช้เวลาเกิน 1 ชั่วโมง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553; Marram, 1978)

2) ความถี่ของการเข้ากลุ่ม อาจจะจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ส่วนจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับเนื้อหาที่สอน ระดับประสบการณ์ที่ต้องการ เป้าหมายของกลุ่ม ทักษะของผู้นำกลุ่มและข้อจำกัดของสมาชิกแต่ละคน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553; Marram, 1978)

6.4 ผู้ดำเนินการกลุ่ม หรือผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญมากในการทำกลุ่ม เพราะการทำกลุ่มให้ได้ผลดีจะต้องทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น พยายามซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้นำในการทำกลุ่ม จะต้องเข้าใจหน้าที่ของผู้นำกลุ่มเป็นอย่างดีและเข้าใจการปฏิบัติ การเป็นผู้นำอย่างถูกต้อง (Marram, 1978)

ความเป็นผู้นำ เป็นพื้นฐานของการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ เพราะเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างมีชีวิตชีวา และมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ

หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม (Leadership Function) มี 4 ประการดังนี้

1. ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกกลุ่ม 3 ด้าน คือ

1.1 ด้านความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security)

1.2 ด้านความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มหรือรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging)

1.3 ด้านความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship)

ดังนั้น ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสกับสมาชิกกลุ่มในการที่จะตระหนักถึงความสามารถเฉพาะของตนและความรับผิดชอบของตนที่มีต่อหมู่คณะด้วย

2. ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวาให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ในปัญหาต่างๆที่พบ ตลอดจนมีอิสระในการหาแนวทางการแก้ปัญหาต่างๆร่วมกัน ทั้งนี้โดยให้บรรยากาศในกลุ่มไม่อยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป สัมพันธภาพระหว่างบุคคลยังคงมั่นคงเป็นที่น่าพึงพอใจ

3. นำไปสู่ความงอกงามตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้นำกลุ่มต้องควบคุมกลุ่มให้ดำเนินไปตามเป้าหมายของกลุ่มที่ตั้งไว้ มีการเฝ้าคอยติดตาม สังเกตความเปลี่ยนแปลงของสมาชิกว่ามีการงอกงามเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมาชิกได้ประโยชน์จากกลุ่มตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4. สร้างความงอกงามให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน ผู้นำกลุ่มต้องคอยกระตุ้นและสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนว่าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีอย่างไร ในการประชุมแต่ละครั้ง พร้อมทั้งคอยส่งเสริมสนับสนุน ประคับประคอง และแก้ไขพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มให้ดีขึ้น เพื่อให้กลุ่มได้มีการเคลื่อนไหวพัฒนาการไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

6.5 วิธีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม (Leadership Intervention)

เพื่อให้การจัดกระบวนการกลุ่ม บรรลุตามจุดมุ่งหมาย ผู้นำกลุ่มจะต้องมีวิธีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม ดังต่อไปนี้

6.5.1 กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน และจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยหรือสมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายและวิธีการดำเนินการของกลุ่ม การที่สมาชิกเข้าร่วมกลุ่มโดยไม่ทราบวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนนั้น จะทำให้สมาชิกมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น

6.5.2 สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อช่วยให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพดี ช่วยให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มมีความกระตือรือร้น และสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่ โดยจะต้องมีการวางแผนเรื่องโครงสร้างและองค์ประกอบภายนอกโดยทั่วไปซึ่งมีอิทธิพลต่อการรวมกลุ่ม เช่น จำนวนสมาชิกในกลุ่ม การกำหนดระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่ง และลักษณะของสมาชิก เป็นต้น

6.5.3 กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกได้มีการพูดจาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหัวเรื่องเดียวกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกได้ทราบถึงปัญหาของผู้อื่น ได้ทราบว่าผู้อื่นมีปัญหาเช่นเดียวกับตน มีความเข้าใจในปัญหาของกันและกัน และหาทางช่วยแก้ปัญหาเหล่านั้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกอยู่ในรูปของการพูดจาหรือความเข้าใจร่วมกัน (Mutual Understanding) สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม (Belonging) มีความเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship) และเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security) นอกจากนี้ ผู้นำกลุ่มอาจกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มเพิ่มมากขึ้นโดยการใช้วัสดุอุปกรณ์ การเล่นเกมส์ หรืออื่นๆ

6.5.4 กระตุ้นให้สมาชิกได้พูดระบาย และแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งต่างก็พบร่วมกัน ผู้นำกลุ่มต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่ได้พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคนหรือสมาชิกส่วนมากในกลุ่ม นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันอีกด้วย ทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับ และได้รับความช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

6.5.5 การทำกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีความสามารถในการบรรลุถึงจุดมุ่งหมายของกลุ่มต่างกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องมีความสามารถในการหาวิธีแก้ไขในสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม สามารถแยกได้ว่ามีองค์ประกอบอะไรบ้าง ที่ทำให้การดำเนินการของกลุ่มไม่ต่อเนื่อง หรือทำให้การอภิปรายกลุ่มไม่เป็นไปตามรูปแบบ เช่น สมาชิกบางคนผูกขาดการสนทนาเพียงผู้เดียว ผู้นำกลุ่มอาจพูดว่า “ ขณะนี้ดูเหมือนว่าจะมีบุคคลเพียงคนเดียวรับผิดชอบในการอภิปรายในกลุ่ม ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ” แล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น การใช้วิธีนี้จะทำให้กลุ่มเข้าใจดีขึ้นว่าอะไรคือความต้องการของกลุ่ม และสมาชิกแต่ละคนจะสามารถดำเนินการให้สอดคล้องกับความต้องการของตนในการที่จะบรรลุถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มได้อย่างไร เป็นต้น

6.5.6 ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ผู้นำกลุ่มควรช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มจะต้องแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการทำกลุ่ม และวิธีที่สมาชิกกลุ่มจะต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ผู้นำกลุ่มจะต้องแสดงท่าทีเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ เต็มใจ และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก

6.5.7 การสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องดูแล ควบคุม ความก้าวหน้าในการดำเนินการของการทำกลุ่มทุกระยะจนกว่าจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

6.6 บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มนั้นจะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด นอกจากจะขึ้นอยู่กับดำเนินการของผู้นำกลุ่มแล้ว บทบาทของสมาชิกในกลุ่มเองก็มีความสำคัญมาก สมาชิกกลุ่มจะต้องมีลักษณะ “ ร่วมเป็นผู้นำ ” คือ สามารถดำเนินงานไปตามการวางแผน ช่วยควบคุมแนวทาง ร่วมปลุกใจสมาชิกในกลุ่มด้วยกันอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้เพื่อสร้างพลังในกลุ่มให้เกิดขึ้น ดังนั้นสมาชิกกลุ่มจะต้องมีหน้าที่ดังต่อไปนี้ (วินิจ เกตุขำและคมเพชร ฉัตรศุภกุล, 2522 อ้างถึงใน สุนันทานวลเจริญ, 2554)

6.6.1 ช่วยนำกลุ่ม โดยให้ข้อคิดเห็นใหม่ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองปัญหาในแง่มุมใหม่ เสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา และแนะวิธีขจัดปัญหาของกลุ่ม

6.6.2 คอยกระตุ้น สนับสนุน ให้กำลังใจ และรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม

6.6.3 ช่วยสร้างบรรยากาศของกลุ่มให้อยู่ในสภาพที่พอเหมาะ ไม่เข้มงวดหรือเครียดมากเกินไป ลดความตึงเครียด แก้ข้อขัดแย้งและการกระทบกระทั่งภายในกลุ่ม

6.6.4 ตรวจสอบความคิดเห็นต่างๆของเพื่อนในกลุ่ม

6.6.5 ประสานความคิดเห็นต่างๆเข้าด้วยกัน หาทางทำให้เกิดการสร้างสรรคัมโนภาพทางความคิดเห็นเพิ่มขึ้น

6.6 ปลุกพลังกลุ่มโดยการเสนอแนะความคิดและวิธีการใหม่ เพื่อผลักดันให้กลุ่มได้ก้าวหน้าต่อไป

6.7 แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Murrain (1978)

เป็นที่ยอมรับจากนักวิชาการหลายท่านว่า กระบวนการกลุ่มเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเรียนการสอน การเรียนรู้เป็นกลุ่มทำให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดการเรียนรู้ได้ดี ยอมรับตนเอง เปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ขั้นตอนการให้ความรู้รายกลุ่มใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มของ Murrain (1978) ซึ่งแบ่งระยะการพัฒนากลุ่มเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (Initiating Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศแห่งความรู้สึกเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่มในระยะเริ่มต้นของกลุ่ม ย้ำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจจุดมุ่งหมายของการดำเนินการกลุ่ม แนวทางในการปฏิบัติในฐานะสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นออกมา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มว่า สมาชิกทุกคนต้องต่อสู้กับอุปสรรคเช่นกัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้จะเป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกัน และเกิดความไว้วางใจกัน การที่ผู้นำกลุ่มแสดงท่าทีอบอุ่นเป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง ยอมรับในความคิดเห็น และพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม โดยการใช้ความคิดของตนเองเป็นเครื่องตัดสิน จะเป็นการสร้างความไว้วางใจในตัวผู้นำกลุ่ม จะมีผลทำให้สมาชิกกลุ่ม กล้าและเต็มใจที่จะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเอง มีความมั่นใจในการให้ และรับความช่วยเหลือจากสมาชิกในกลุ่ม รวมทั้งทำให้สามารถซักถาม และทำความเข้าใจข้อมูลต่างๆ ได้ถูกต้อง ส่งผลให้สมาชิกคลายความวิตกกังวล

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working Phase) เป็นระยะที่สมาชิกเริ่มมีความคุ้นเคย มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และเริ่มรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เป็นระยะระดมพลังของสมาชิกกลุ่มในการช่วยกันแก้ไขปัญหา การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ ที่สมาชิกกลุ่มสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ นอกจากนี้ ความมั่นใจในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถรับและให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกด้วยกันเอง การที่มีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ จะทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้นที่สามารถเข้าใจ

ปัญหาของตนเอง และสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา ในขณะที่สมาชิกกลุ่มคอยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยเหลือสมาชิกอื่นให้เข้าใจและแก้ไขปัญหบางอย่างได้ ผู้สอน นำเสนอความรู้ร่วมกับการอภิปรายพูดคุย ซักถาม และอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่ เสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้อง สร้างความเชื่อมั่นให้สมาชิกและเอื้ออำนวยให้เกิดบรรยากาศแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นที่ดี

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุป ประสพการณ์ทั้งหมดในการดำเนินการกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้ประเมินความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนความสำเร็จของกลุ่ม โดยอาจใช้การประเมินจาก ความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม หรือประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มที่แสดงออกมา โดยมีผู้อื่นที่ อยู่นอกกลุ่มเป็นผู้ประเมิน เป็นต้น ในระยะนี้อาจทบทวนถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ว่าบรรลุจุดมุ่งหมาย หรือไม่ มีปัญหาใดที่ต้องแก้ไข กลุ่มจะเสนอแนะวิธีการแก้ไขที่เป็นไปได้ตามสถานการณ์ หากมีปัญหา และอุปสรรค จะได้เสนอแนะและปรึกษาหารือในการจัดการแก้ไขต่อไป ก่อนจะสิ้นสุดการดำเนินการ กลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องแจ้งให้สมาชิกกลุ่มทราบล่วงหน้า ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มบางราย เกิดความวิตก กังวลที่จะมีการสิ้นสุดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกลักษณะที่ พร้อมทั้ง ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

6.8 การประเมินผลของกลุ่ม

การประเมินผลเป็นกิจกรรมสำคัญที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม รวมถึงผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นจากการเข้ากลุ่ม การประเมินผลกลุ่มจะต้องทำการประเมินผลเป็นระยะๆ ตลอดเวลาที่กลุ่ม ดำเนินไป และประเมินหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม ซึ่งประเมินโดยใช้วิธีการสังเกต โดยประเมินสิ่งที่ เกิดขึ้นจากการทำกลุ่ม ดังนี้ (Marram, 1978)

- 6.8.1 บทบาทผู้นำกลุ่ม
- 6.8.2 บทบาทผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม
- 6.8.3 บทบาทของสมาชิกกลุ่ม
- 6.8.4 ระยะเวลาในการทำกลุ่ม
- 6.8.5 กระบวนการกลุ่ม
- 6.8.6 บรรยากาศของกลุ่ม
- 6.8.7 การสื่อสารในกลุ่ม

นอกจากการประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นดังกล่าวแล้ว ควรมีการประเมินความคิดเห็นจากสมาชิก หลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่มเพื่อนำไปพิจารณาปรับปรุงการทำกิจกรรมกลุ่มให้ดียิ่งขึ้น (อรพรรณ ลือบุญ รัชชชัย, 2553; Marram, 1978)


สรุป แนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) เป็นกระบวนการที่มีรูปแบบชัดเจน และเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเรียน การสอน ดังนั้นในการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการพัฒนากลุ่มดังกล่าวข้างต้น เนื่องจากผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญมากในการทำกลุ่ม เพราะการทำกลุ่มให้ได้ผลจะต้องทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ และสมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างมีชีวิตชีวา รวมทั้งมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ

7. โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล


โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์มาจากโปรแกรมการสร้างพลังความสามารถ (Powerful Tools for Caregivers : PTC) ตามแนวคิดของ Schmall et al. (2000) เป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม ซึ่งมีการบูรณาการระหว่างแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้ความรู้ วิธีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นการจัดการอารมณ์ วิธีการเผชิญปัญหาโดยการแก้ไขปัญหา การสนับสนุน (Toseland et al., 2001) และแนวคิดว่ารับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura (1986) ซึ่งช่วยเพิ่มความความสามารถในตนเอง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การฝึกทักษะ การมีความรู้สึกและทัศนคติทางบวก ตัวแบบ การจูงใจ (Lorig et al., 2001) ร่วมกับการนำเอารูปแบบกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งแบ่งระยะการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งสุขภาพของตนเองและวิถีทางการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดีในขณะที่มีบทบาทการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีกว่าจะสามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพสูงกว่า และสามารถรักษาผู้ป่วยให้อยู่ในชุมชนได้เป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้รับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยลดลง ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Wonet al., 2008; Savundranayagam et al., 2011) ผู้วิจัยได้ประยุกต์โปรแกรมการสร้างพลังความสามารถ เพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งดำเนินกิจกรรมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองเป็นรายกลุ่ม โดยใช้กระบวนการกลุ่ม 3 ระยะในการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กิจกรรมๆ ละ 90 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ซึ่งเนื้อหาในโปรแกรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองของผู้ดูแล การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการสื่อสารในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ดังรายละเอียดการบูรณาการแนวคิดการจัดกิจกรรมตามตารางที่ 1


ตารางที่ 1 สรุปการบูรณาการแนวคิดการจัดกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล

แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา	แนวคิดการรับรู้ความสามารถ ของตนเองของ Bandura (1986)	การบูรณาการ
<p>การให้ความรู้ คือ การให้ข้อมูล ชนิดการสอน การบอก การให้ คำแนะนำหรือกิจกรรมอื่นๆ โดย ข้อมูลที่ให้เป็นความรู้ทางด้าน สุขภาพจิต รายละเอียดเกี่ยวกับ โรคและการรักษา ซึ่งรวมทั้ง ประเด็นทางอารมณ์ มีเป้าหมาย เพื่อเพิ่มทักษะในการเผชิญ ปัญหา จัดความคิด ความเชื่อที่ ไม่ถูกต้อง ช่วยให้บุคคลสามารถ ดูแลตนเอง จัดการกับโรค อาการที่เกิดจากการเจ็บป่วย ทางจิตได้ดีขึ้น รวมถึงการ ดำรงชีวิตที่เป็นสุข เป็นความ พยายามที่จะทำให้บุคคล ครอบครัว สามารถจัดการกับ ภาวะการเจ็บป่วย และสร้าง เสริมสุขภาพจิตที่ดีได้</p>	<p>การมีความรู้สึกและทัศนคติ ทางบวก คือ การเปลี่ยน ความรู้สึกและมุมมองด้านลบ ของโรคและความรับผิดชอบ ในการดูแลผู้ป่วย เป็น ความรู้สึกและมุมมองด้านบวก ของโรค และบทบาทผู้ดูแล มี ทัศนคติทางบวกและยอมรับ ผู้ป่วย การจูงใจ คือ การชี้ให้เห็นถึง แนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์ และคุณค่า จากการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 การสร้าง สัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้ เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการ ดูแลตนเองของผู้ดูแล โดย - การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับ ผู้ดูแล โดยการกล่าวทักทาย แนะนำตัวเองและประวัติโดย ย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็น กันเองและมีความคุ้นเคยกัน ผ่านกิจกรรมการทำความรู้จัก เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดี ต่อกัน เกิดความไว้วางใจซึ่งกัน และกัน และพร้อมจะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่อกัน - เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบาย ความรู้สึกจากการดูแลผู้ป่วยทั้ง ในด้านบวกและด้านลบ - อธิบายชี้ให้ผู้ดูแลเห็นถึง ความสำคัญและความจำเป็นใน การทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย - สร้างแรงจูงใจในการทำ บทบาทการดูแลผู้ป่วยและการ ดูแลตนเองโดยชี้ให้ผู้ดูแลเห็น</p>

แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา	แนวคิดการรับรู้ความสามารถ ของตนเองของ Bandura (1986)	การบูรณาการ
	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>ถึงแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์ และคุณค่าจากการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเองและพูดถึง การทำบทบาทผู้ดูแลนั้นเป็นสิ่ง ที่ทำหาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - เปิดโอกาสให้ผู้ดูแล แลกเปลี่ยนความรู้และ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค จิตเภท - ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคจิตเภทร่วมกับการพูดคุย ซักถาม และอภิปรายร่วมกับ สมาชิกกลุ่ม - เปิดโอกาสให้ผู้ดูแล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับบทบาทการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย ผลการดูแล ช่วยเหลือ และปัญหา อุปสรรค ในการดูแล - เปิดโอกาสให้ผู้ดูแล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทางด้านสุขภาพร่างกายใน ขณะที่ทำบทบาทการดูแล ผู้ป่วย

แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา	แนวคิดการรับรู้ความสามารถ ของตนเองของ Bandura (1986)	การบูรณาการ
		<ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลการดูแลตนเองด้านสุขภาพร่างกายร่วมกับการพูดคุย ชักถามและอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม - ให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์
<p>วิธีการเผชิญปัญหาโดยการแก้ไขปัญหาคือ พฤติกรรมการปรับตัวที่เกิดจากการใช้กระบวนการทางปัญญาในการประเมินสถานการณ์และจัดการกับสถานการณ์ที่มาคุกคาม โดยการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ทำให้การประเมินสถานการณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น หรือจัดการกับสิ่งกระตุ้นความเครียดโดยวิธีการแก้ไขปัญหา</p> <p>3. การสนับสนุน คือ เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่มีการช่วยเหลือกันในด้านต่างๆ จนทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ และไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียด ก่อให้เกิดความรู้สึก</p>	<p>การฝึกทักษะ คือ การเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ และประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง จะทำให้เกิดทักษะความชำนาญ ซึ่งจะช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถในตนเอง</p>	<p>กิจกรรมที่ 2 การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยที่พบจากการดูแล - ให้ผู้ดูแลระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและวิธีการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าว - ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ ร่วมกับการพูดคุย ชักถามและอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม - สอบถามผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองในช่วงที่ผ่านมา - ให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์

แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา	แนวคิดการรับรู้ความสามารถ ของตนเองของ Bandura (1986)	การบูรณาการ
<p>พึงพอใจและมั่นใจที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมนั้นต่อไป ทำให้บุคคล นั้นเกิดความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเอง มีความพอใจในจิตใจ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนวิถี ในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ และเป็นการสร้างเครือข่ายการ สนับสนุนของสมาชิก</p>		<p>- สมาชิกกลุ่มมีการให้กำลังใจ และยอมรับความคิดเห็นซึ่งกัน และกัน มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่างสมาชิกกลุ่ม ด้วยกัน มีการช่วยเหลือกัน ภายในกลุ่มในการค้นหาปัญหา และแนวทางการแก้ไขที่เกิด จากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการดูแลตนเองของผู้ดูแล ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง และมี เครือข่ายการสนับสนุนของ ตนเอง</p>
<p>วิธีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้น การจัดการอารมณ์ คือ พฤติกรรมปรับตัวที่เกิดจาก การใช้กระบวนการทางปัญญา ในการประเมินสถานการณ์และ จัดการกับสถานการณ์ที่มา คุกคาม โดยการปรับเปลี่ยน อารมณ์และความรู้สึกเครียด</p>	<p>การฝึกทักษะ คือ การเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ และ การฝึกลาย ประสบการณ์ที่ประสบ ผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยและ การดูแลตนเอง จะทำให้เกิด ทักษะความชำนาญ ซึ่งจะช่วย เพิ่มการรับรู้ความสามารถใน ตนเอง</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับ ความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - เกริ่นนำถึงความเครียด ทั่วไปเพื่อให้ผู้ดูแลเห็นถึง ความสำคัญของความเครียด และการจัดการความเครียด - ให้ ผู้ดูแล แลก เปลี่ยน ประสบการณ์เกี่ยวกับ ความเครียดและการจัดการที่ ผ่านมาในอดีต

แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา	แนวคิดการรับรู้ความสามารถ ของตนเองของ Bandura (1986)	การบูรณาการ
	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความเครียดและกิจกรรมการ ผ่อนคลายประจำวันร่วมกับ การพูดคุย ซักถามและ อภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม - ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการ ความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การฝึกการหายใจ การ ฝึกการเกร็งและคลาย กล้ามเนื้อ และการทำสมาธิ ผู้วิจัยสาธิตการฝึกปฏิบัติพร้อม ทั้งให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตาม - ให้ผู้ดูแลฟังซีดีการฝึก ปฏิบัติการจัดการความเครียดที่ มีประสิทธิภาพพร้อมทั้งให้ ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตาม - ให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนการ พูดกับตัวเองด้านลบเป็นวิธีการ พูดกับตัวเองด้านบวกและฝึก ปฏิบัติ - ให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่อง วิธีการมองโลกในแง่ดี - ผู้วิจัยสอบถามผลที่เกิดขึ้น ภายหลังการดูแลตนเองใน สัปดาห์ที่ผ่านมา

แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา	แนวคิดการรับรู้ความสามารถ ของตนเองของ Bandura (1986)	การบูรณาการ
		- ให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์
<p>วิธีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นการจัดการอารมณ์ คือ พฤติกรรมการปรับตัวที่เกิดจากการใช้กระบวนการทางปัญญาในการประเมินสถานการณ์และจัดการกับสถานการณ์ที่มาคุกคาม โดยการปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกเครียด</p>	<p>การฝึกทักษะ คือ การเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ และ ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง จะทำให้เกิดทักษะความชำนาญ ซึ่งจะช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถในตนเอง</p>	<p>กิจกรรมที่ 4 การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - เกริ่นนำถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ดูแล และความสำคัญในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น - เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับความความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้า - ให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกดังกล่าวที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยและวิธีการจัดการอย่างสร้างสรรค์ร่วมกับการพูดคุยซักถามและอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม - สอบถามผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองในช่วงที่ผ่านมา

แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา	แนวคิดการรับรู้ความสามารถ ของตนเองของ Bandura (1986)	การบูรณาการ
		- ให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแล ตนเองในระหว่างสัปดาห์
<p>วิธีการเผชิญปัญหาโดยการแก้ไข ปัญหา คือ พฤติกรรมการ ปรับตัวที่เกิดจากการใช้ กระบวนการทางปัญญาในการ ประเมินสถานการณ์และจัดการ กับสถานการณ์ที่มาคุกคาม โดย การปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ทำให้ การประเมินสถานการณ์เป็นไป ในทางที่ดีขึ้น หรือจัดการกับสิ่ง กระตุ้นความเครียดโดยวิธีการ แก้ไขปัญหา</p>	<p>การฝึกทักษะ คือ การเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ และ ประสบการณ์ที่ประสบ ผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยและ การดูแลตนเอง จะทำให้เกิด ทักษะความชำนาญ ซึ่งจะช่วย เพิ่มการรับรู้ความสามารถใน ตนเอง</p>	<p>กิจกรรมที่ 5 การสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - เกริ่นนำถึงความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ - ให้ผู้ดูแลแสดงบทบาทสมมติการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ดูแลกับสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปราย - ให้ความรู้เรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ดูแลกับสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว - ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการพูดคุยซักถามและอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม - สอบถามผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา - ให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์

แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา	แนวคิดการรับรู้ความสามารถ ของตนเองของ Bandura (1986)	การบูรณาการ
<p>วิธีการเผชิญปัญหาโดยการแก้ไข ปัญหา คือ พฤติกรรมการ ปรับตัวที่เกิดจากการใช้ กระบวนการทางปัญญาในการ ประเมินสถานการณ์และจัดการ กับสถานการณ์ที่มาคุกคาม โดย การปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ทำให้ การประเมินสถานการณ์เป็นไป ในทางที่ดีขึ้น หรือจัดการกับสิ่ง กระตุ้นความเครียดโดยวิธีการ แก้ไขปัญหา</p>	<p>การจูงใจ คือ การชี้ให้เห็นถึง แนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์ และคุณค่า จากการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ตัวแบบ คือ สิ่งที่น่ามาใช้ให้ผู้ สังเกตได้เรียนรู้จากการสังเกต ตัวแบบและเกิดการเลียนแบบ ตามพฤติกรรมของตัวแบบ</p>	<p>กิจกรรมที่ 6 การสื่อสารใน สถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการ กำเริบ โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ของการ สื่อสารกับผู้ป่วยในขณะที่มี อาการกำเริบ - ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ วิธีการสื่อสารที่ถูกต้อง เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการ กำเริบ ร่วมกับการพูดคุย ซักถามและอภิปรายร่วมกับ สมาชิกกลุ่ม - ให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการ ดูแลตนเองผ่านตัวแบบจริงซึ่ง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ ประสบผลสำเร็จในการดูแล ผู้ป่วยและการดูแลตนเอง - สอบถามผลที่เกิดขึ้นภายหลัง การดูแลตนเองในช่วงที่ผ่านมา - สมาชิกกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกัน และกัน - ผู้วิจัยให้กำลังใจ ให้คำชมเชย และให้ความเชื่อมั่นใน ความสามารถของผู้ดูแล

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราพร รักรการ (2549) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รจนา ปุณโณทก (2550) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 111 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ อายุ ระดับการศึกษา รายได้และความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแลและรายได้ของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล คือ ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคและความต้องการของผู้ดูแล

สุนันทา นวลเจริญ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ความสามารถในการ

การดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชนิษฐา สุขทอง (2555) ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 32 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุพผา ธนิกกุล (2555) ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนีย์ แสงดาว (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และพบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุทธดา บัวจัน (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ และพบว่าภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Thompson and Doll (1982) ศึกษาภาระการเผชิญปัญหาของครอบครัวกับการเจ็บป่วยทางจิต: ช่วงวิกฤตที่มองไม่เห็น กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 125 ครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีประสบการณ์ที่ยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ดูแลมีบทบาทที่เครียด ร้อยละ 30 ครอบคลุมชีวิตประจำวันของครอบครัว ร้อยละ 30 ภาระด้านการเงิน ร้อยละ 38 ต้องดูแล ใกล้ชิด ร้อยละ 50 มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนบ้าน ร้อยละ 20 ผู้ดูแลมีความรู้สึกยุ่งยากลำบากใจ ร้อยละ 46 รู้สึกแบกภาระที่หนักเกินไป ร้อยละ 72 รู้สึกเหมือนติดกับดัก ร้อยละ 42 รู้สึกไม่พอใจ ร้อยละ 40 รู้สึกเหมือนถูกแยกออกจากสังคม ร้อยละ 27

Montgomery, Gonyea and Hooyman (1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ การดูแล ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 80 คน ผลการศึกษา พบว่า ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย มีความสัมพันธ์กัน รายได้และอายุของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระเชิงอัตนัยและเป็นปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดของภาระเชิงอัตนัย และพบว่า จำนวนชั่วโมงและลักษณะของงานที่หนักที่ให้การดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระเชิงปรนัย ลักษณะงานที่หนักที่จำกัดการใช้ชีวิตของผู้ดูแลเป็นปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดของภาระเชิงปรนัย และให้ ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการจัดกระทำที่ให้ความเป็นอิสระแก่ผู้ดูแลอย่างน้อยที่สุดก็เป็นการชั่วคราวซึ่ง จะช่วยลดภาระเชิงปรนัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Lim and Ahn (2003) ศึกษาภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในเกาหลี กลุ่ม ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 57 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของ ผู้ดูแลมีผลกระทบโดยอ้อมเกี่ยวกับภาระ เนื่องจากผู้ดูแลที่มีความรู้น้อยจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาทาง ลบ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระเชิงอัตนัย และพบว่าตัวทำนายที่ดีที่สุดของภาระคือ การเผชิญปัญหา ทางลบ

Kuhn, Fulton and Edelman (2003) ศึกษาการสร้างพลังความสามารถสำหรับผู้ดูแล: การ ดูแลตนเองและความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรัง จำนวน 155 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถและมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น เช่น มี ความสามารถในการจัดการกับความเครียด มีความสามารถในการทำบทบาทการดูแลผู้ป่วย พุดกับ ตัวเองด้านบวกเพิ่มมากขึ้น มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง มีกำลังใจมากขึ้น อากาศ ชึมเศร้าลดลง มีจำนวนของกิจกรรมการผ่อนคลายในระหว่างสัปดาห์เพิ่มขึ้น ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และจัดตารางเวลาสำหรับการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

Boise, Congleton and Shannon (2005) ศึกษาการให้อำนาจผู้ดูแลที่บ้าน: การสร้างพลัง ความสามารถสำหรับโปรแกรมการดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 359 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น อาทิเช่น การรับประทานอาหาร การออก กำลังกาย และการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย มีความผาสุกทางด้านอารมณ์ อาทิเช่น ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิดและภาวะซึมเศร้าลดลง รวมทั้งผู้ดูแลมีความสามารถเพิ่มขึ้น อาทิเช่น ความสามารถใน

การสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการ ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล ความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ และมีความสามารถในการผ่อนคลาย

Won, Fitts, Favaro, Olsen and Phelan (2008) ศึกษาการจัดกระทำการสร้างพลังความสามารถโดยใช้ฐานในชุมชนทำให้สุขภาพของผู้ดูแลดีขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 118 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพลดลง การดูแลตนเองดีขึ้น และมีความพึงพอใจด้านจิตใจดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Chien (2008) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกันสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชาวจีน กลุ่มตัวอย่าง เป็นครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในฮ่องกงจำนวน 68 ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกัน รับรู้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยลดลง ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น รวมทั้ง ลดการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้ และการอยู่โรงพยาบาลในระยะเวลาที่สั้นกว่ากลุ่มควบคุม

Chan et al. (2009) ศึกษาการประเมินผลโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 146 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ผู้ป่วยมีความตระหนักในความเจ็บป่วย และผูกพันกับการรักษาเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การรับรู้ภาวะการดูแลลดลง และมีระดับความพึงพอใจกับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น

Igberase et al. (2010) ศึกษาภาวะการดูแลของญาติผู้ป่วยจิตเภทตะวันออกกลางของไนจีเรีย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีความอับอายเนื่องจากเพื่อน/เพื่อนบ้านรู้ว่าญาติป่วยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 52 มีภาวะด้านการเงิน ร้อยละ 52.5 และมีความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยมีอาการระดับปานกลางและระดับรุนแรง ร้อยละ 24 และพบว่าภาวะของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 53.5

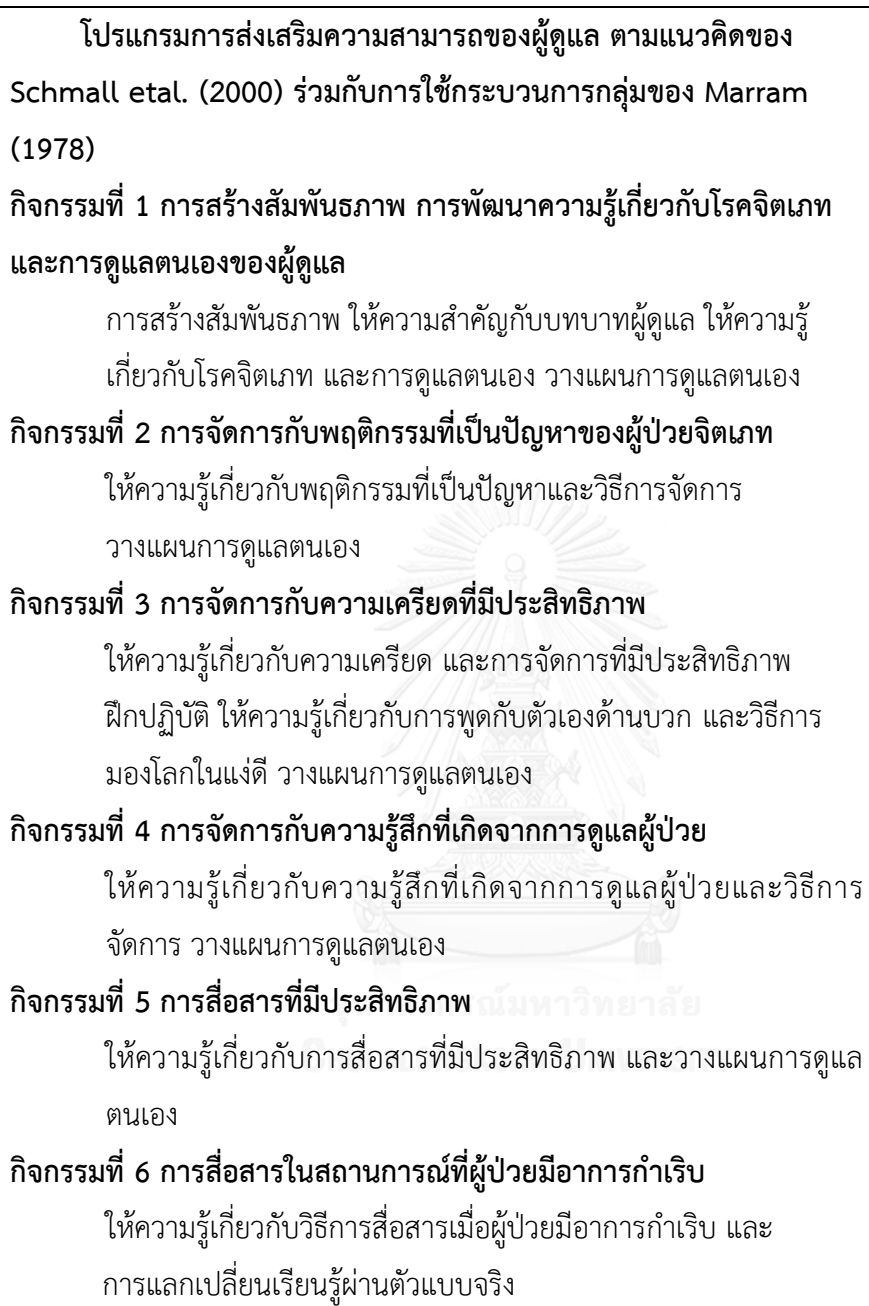
Paranthaman et al. (2010) ศึกษาประสิทธิผลโครงสร้างโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในมาเลเซีย จำนวน 109 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเพิ่มขึ้น ภาวะของครอบครัวผู้ดูแลลดลง และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลง

Savundranayagam, Montgomery, Kosloski and Little (2011) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 115 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีความเครียด และภาวะอยู่ในระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Durmaz and Okanl1 (2014) ศึกษาการตรวจสอบหาความจริงผลของระดับความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 62 คน ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ($r=.26, p<.05$) และผู้ดูแลมีประสบการณ์ที่ยุ่งยากในการให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 33.9 ไม่เชื่อฟัง ร้อยละ 4.8 มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ร้อยละ 32.3 มีปัญหาในการสื่อสารร้อยละ 16.1 และปฏิเสธการรักษา ร้อยละ 12.9 และพบว่าความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลางแต่ระดับภาระของการดูแลอยู่ในระดับสูง



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาระการดูแล
(Montgomery
et al.,1985)

โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล โดยอาศัยการให้ความรู้ควบคู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทักษะการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง ส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยลดลง โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลนี้ ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมละ 90 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ดำเนินการวิจัยแบบศึกษาสองกลุ่ม วัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest-Posttest Control Group Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	×	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

× หมายถึง โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล

O₁ หมายถึง การประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล

O₂ หมายถึง การประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล

O₃ หมายถึง การประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง การประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน ที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดเรื้อรังและดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอาการหลงเหลือของโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 40 คน โดยได้จากการคัดเลือกตามคุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

คุณสมบัติในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนจนถึงปัจจุบัน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้าง หรือรางวัลใดๆ โดยเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์เป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยในปัจจุบัน และเป็นผู้ดูแลที่ทำหน้าที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน เขตอุดมศักดิ์
2. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. มีคะแนนการดูแลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-5.00) โดยประเมินค่าคะแนนจากแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ บุบผา ธนิกกุล (2554)
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาทางการพูด การได้ยิน และการมองเห็น
5. สมารถใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

คุณสมบัติในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตลอดการวิจัย
2. ผู้ดูแลถอนตัวออกจากการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะกับการวิจัยแบบทดลอง ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอให้ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติคือ ควรมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่สุดจำนวน 30 คน โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Burns and Grove, 2001) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่ประจำคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ตามข้อมูลที่มีการบันทึกไว้ในทะเบียนและโปรแกรมคอมพิวเตอร์

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนกระโทก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังไผ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนรั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดพันไกร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาชะอัง อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร ซึ่งตำบลดังกล่าวนี้มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในพื้นที่จำนวนมาก เพื่อขออนุญาตดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ด้วย

3. ผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดกรองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วงเวลาที่พาผู้ป่วยมารับบริการหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ในวันพุธ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนตามกำหนดเวลาและอำนวยความสะดวกในการเดินทาง ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ดังกล่าวข้างต้นด้วย โดยผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้แจ้งผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่บ้านและที่ทำหน้าที่เป็นผู้พาผู้ป่วยจิตเภทไปรับบริการตรวจรักษาหรือไปรับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ มาเข้ารับการคัดกรองเพื่อเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

4. ผู้วิจัยใช้เวลาคัดกรองกลุ่มตัวอย่างทั้งที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ดังกล่าวข้างต้น เป็นเวลา 1 เดือน ซึ่งได้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 82 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 44 คน

5. ผู้วิจัยชี้แจง ให้ข้อมูล เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

6. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ (Control of Extraneous Variables) ซึ่งจากผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รายได้ของผู้ดูแล เป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการรับรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ขนาน หัสศิริ, 2537; ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544; รจนา ปุณโณทก, 2550; Montgomery et al., 1985; Chien, Chan and Morrissey, 2007) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีจับคู่ (Matched pair) ด้วยรายได้ของผู้ดูแล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่เหมือนกันเป็นคู่ๆ รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 คู่ โดยการแบ่งรายได้เป็นช่วงดังนี้ 1) ต่ำกว่า 2,500 บาท 2) 2,501-5,000 บาท 3) 5,001-7,500 บาท 4) 7,501-10,000 บาท 5) มากกว่า 10,000 บาท (บุบผา ธนิกกุล, 2555)

7. ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างทีละคู่ที่มีคุณสมบัติเหมือนกัน เท่าเทียมกันด้านรายได้โดยวิธีจับฉลาก เพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ซึ่งคนที่ผู้วิจัยจับฉลากได้จะเป็นกลุ่มทดลอง ส่วนที่ไม่ได้จับฉลากเลือกจะเข้าเป็นกลุ่มควบคุม

8. ผู้วิจัยได้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออีก 4 คน ซึ่งไม่สามารถจับคู่ด้วยรายได้ได้ โดยให้ข้อมูลว่าหากต้องการขอความช่วยเหลือ/คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลตนเองก็สามารถขอความช่วยเหลือ/คำแนะนำได้ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ในช่วงเวลาที่พาผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วย ซึ่งจะมีจิตแพทย์และพยาบาลประจำคลินิกให้ความช่วยเหลือ/คำแนะนำแก่ท่านได้ หรือจะมาขอรับคำปรึกษาแนะนำได้ที่คลินิกให้คำปรึกษากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หรือที่เบอร์โทรศัพท์ 077-501135 ในวันและเวลาราชการก็ได้ ซึ่งจะมีพยาบาลจิตเวชที่จะให้คำปรึกษาแนะนำแก่ท่านได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าพบ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีการบังคับใดๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งเน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ ผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยสอบถามถึงความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัย ประยุกต์มาจากโปรแกรมการสร้างพลังความสามารถตามแนวคิดของ Schmall et al. (2000) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Montgomery et al.(1985) ที่ปรับปรุงโดย บุบผา ธนิกกุล (2555)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Bandura (1986) ที่ปรับปรุงโดย สุนันทา นวลเจริญ (2554)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัย ประยุกต์มาจากโปรแกรมการสร้างพลังความสามารถตามแนวคิดของ Schmall et al. (2000) ร่วมกับการใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มของ Maram (1978) โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการสร้างพลังความสามารถตามแนวคิดของ Schmall et al. (2000)

1.2 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการสร้างพลังความสามารถตามแนวคิดของ Schmall et al. (2000) ซึ่งได้แก่ แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1986)

1.3 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Maram (1978) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

1.4 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดภาวะการดูแล ตามแนวคิดของ Montgomery et al.(1985)

1.5 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.6 สร้างโครงสร้างโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมของ Savundranayagam et al. (2011) และผู้วิจัย ประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดในการจัด

กิจกรรมระหว่างแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้ความรู้ วิธีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นการจัดการอารมณ์ วิธีการเผชิญปัญหาโดยการแก้ไขปัญหา การสนับสนุน (Toseland et al., 2001) และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura (1986) ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถในตนเอง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การฝึกทักษะ การมีความรู้สึกละแ่นทัศนคติทางบวก ตัวแบบ และการจูงใจ (Lorig et al., 2001) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเองของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 4 การจัดการกับความรู้สึกละแ่นที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 5 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 6 การสื่อสารในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

1.7 สร้างแผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย ดังนี้ กลุ่มที่ 1 จำนวน 11 คน กลุ่มที่ 2 จำนวน 9 คน ซึ่งการแบ่งเป็นกลุ่มย่อยโดยที่สมาชิกมีจำนวนไม่เท่ากันทั้ง 2 กลุ่มนี้ เนื่องมาจากการแบ่งกลุ่มตามพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง ทำให้จำนวนของผู้ดูแลไม่เท่ากัน และเนื่องจากจำนวนสมาชิกในกลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่ควรเกิน 13 คน (Marram, 1978) ดังนั้น การมีสมาชิก จำนวน 9 และ 11 คน จึงไม่ทำให้กลุ่มทั้งสองมีความแตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้การแบ่งกลุ่มย่อยของกลุ่มทดลองจึงมีจำนวนไม่เท่ากัน และผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่ม 3 ระยะในการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม เป็นเวลา 3 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองของผู้ดูแล

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัวเองและประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง มีความคุ้นเคยกัน โดยการเล่นเกมส์ทำ ความรู้จัก ให้ผู้ดูแลแนะนำตัวเอง ผู้วิจัยสนใจ และตั้งใจฟัง เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมในครั้งนี้ รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนิน กิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม และให้ผู้ดูแลสร้างข้อตกลงหรือกติการ่วมกันในการเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกจากการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านบวกและด้านลบ อธิบายชี้ให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการทำบทบาท ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสร้างแรงจูงใจในการทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองโดยชี้ให้ผู้ดูแลเห็นถึงแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง ผู้วิจัยให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำร่วมกับการซักถาม และอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม จากนั้นให้ข้อมูลการดูแลตนเองด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ และการออกกำลังกาย หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ และนำเสนอผลการการดูแลตนเองพร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรคในสัปดาห์ต่อไป

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันสรุป ความสำคัญและความจำเป็นในการทำบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ รวมทั้งการดูแลสุขภาพร่างกายตนเอง และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ พร้อมทั้งนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆ ไปกับผู้ดูแล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม และกติกาของการเข้าร่วมกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้

ระยะดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยที่พบจากการดูแล พร้อมทั้งวิธีการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ ร่วมกับการซักถาม และอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม จากนั้นสอบถามผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ และนำเสนอผลการดูแลตนเองพร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรคในสัปดาห์ต่อไป

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสรุปความรู้เรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าวที่ถูกต้องเหมาะสม และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ พร้อมทั้งนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องต่างๆ ไปกับผู้ดูแล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม และกติกาของการเข้าร่วมกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยเกริ่นนำถึงความเครียดต่างๆไปเพื่อให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญของความเครียดและการจัดการความเครียด พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียดและการจัดการที่ผ่านมาในอดีต จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การฝึกการหายใจ การฝึกการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ และการทำสมาธิ และให้ผู้ดูแลฟังซีดีการฝึกปฏิบัติการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตาม ให้ความรู้เรื่องวิธีการพูดกับตัวเองด้านบวก และวิธีการมองโลกในแง่ดี สอบถามผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ และนำเสนอผลการดูแลตนเองพร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการดูแลในสัปดาห์ต่อไป

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันสรุปความสำคัญของความเครียด และการจัดการความเครียด สรุปความรู้เรื่องการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งให้สาคิตย้อนกลับ ผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ นัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องต่างๆไปกับผู้ดูแล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม และกติกาของการเข้าร่วมกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างสร้างสรรค์

ระยะดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยเกริ่นนำถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ดูแล และความสำคัญในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิดและภาวะซึมเศร้า จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกดังกล่าว และวิธีการจัดการอย่างสร้างสรรค์ร่วมกับการซักถามและอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม สอบถามผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองใน

ระหว่างสัปดาห์ และนำเสนอผลการดูแลตนเองพร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรคในสัปดาห์ต่อไป ประยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันสรุปความสำคัญในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย และการจัดการกับความรูสึกดังกล่าวอย่างสร้างสรรค์ ผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ พร้อมทั้งนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องต่างๆ ไปกับผู้ดูแล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม และกติกาของการเข้าร่วมกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถใช้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้

ระยะดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยเกริ่นนำถึงความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลแสดงบทบาทสมมติ การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ดูแลกับสมาชิกในครอบครัว จากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปราย ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพพร้อมทั้งให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการซักถามและอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม สอบถามผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ และนำเสนอผลการดูแลตนเองพร้อมทั้งปัญหาและอุปสรรคในสัปดาห์ต่อไป

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันสรุปวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ พร้อมทั้งนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 6 การสื่อสารในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องต่างๆ ไปกับผู้ดูแล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม และกติกาของการเข้าร่วมกิจกรรม โดยกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถใช้วิธีการสื่อสารที่ถูกต้อง เหมาะสมในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและเกิดการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองผ่านตัวแบบจริง

ระยะดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของการสื่อสารกับผู้ป่วยในขณะที่มีอาการกำเริบ จากนั้นให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารที่ถูกต้อง เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบร่วมกับการซักถามและอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริง เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองของผู้ดูแลทั้งทางด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต สอบถามผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถามระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันสรุปวิธีการสื่อสารที่ถูกต้องในขณะที่ผู้ป่วย

มีอากรกำเรบและแนวทงปฏิบัติที่ตนเองนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองซึ่งได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริง ผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ พร้อมทั้งให้กำลังใจ ให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแล และสนับสนุนให้นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมตลอด 3 สัปดาห์ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณและยุติกลุ่ม

1.8 นำเนื้อหาสาระสำคัญจากแผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลมาจัดทำ คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลที่ประยุกต์ขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล และคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 คน และพยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 คน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหา กิจกรรม และความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

1.1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเองของผู้ดูแล

1.1.1 ชื่อกิจกรรม ข้อความ การดูแลตนเอง ควรระบุว่าเป็นการดูแลตนเองของผู้ดูแลหรือผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยพิมพ์คำว่า ของผู้ดูแล เข้าในชื่อกิจกรรม

1.1.2 วัตถุประสงค์ทั่วไปมีหลายด้าน ซึ่งเป็นไปได้ยากใน session เดียว ควรปรับ Focus ที่สำคัญเพียง 1-2 ประเด็น เพราะไม่สามารถทำกิจกรรมเพื่อไปสู่วัตถุประสงค์ใน session

เดียวในหลายๆประเด็น ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยเลือกวัตถุประสงค์ที่สำคัญ เพียง 3 ประเด็น เพื่อให้สามารถทำกิจกรรมและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้

1.1.3. กิจกรรมย่อยในข้อที่ 4 แลกเปลี่ยน 3 เรื่องใหญ่ในกิจกรรมเดียวกัน จะมีประสิทธิภาพในผลลัพธ์ที่ควรได้ตามวัตถุประสงค์ของผู้ดูแลหรือไม่ ควรแยกกิจกรรมออกให้ชัดเจน ไม่ควรรวมกิจกรรมหลายกิจกรรมในข้อเดียวกันเพราะจะทำให้สับสน ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยแยกกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภท การระบายความรู้สึกจากการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านบวกและด้านลบ บทบาทการดูแลผู้ป่วยและบทบาทการดูแลตนเองขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย ออกอย่างชัดเจน เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดความสับสน และสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้

1.1.4. ควรปรับใบความรู้ที่ 1/1 ความสำคัญและความจำเป็นในการทำบทบาทผู้ดูแล เพิ่มรายละเอียดผลกระทบต่อผู้ดูแลให้ชัดเจน ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยได้เพิ่มรายละเอียดของผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ

1.1.5 ควรปรับเนื้อหาในใบความรู้ที่ 1/2 การดูแลสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป ให้กระชับ อ่านเข้าใจง่าย ไม่เป็นภาษาวิชาการเกินไป เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจง่าย ไม่สับสน ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยสรุปและเลือกประเด็นที่สำคัญ รวมทั้งใช้ภาษาที่เหมาะสมกับประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดความชัดเจนและผู้ดูแลสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น

1.1.6 ใบงานที่ 1/2 บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย ควรระบุ/เพิ่มเติม รายละเอียดที่อย่างให้ผู้ดูแลเป็นแนวทาง ถ้าถามกว้างเกินไปผู้ดูแลก็มักจะไม่สามารถระบุได้ และควรเพิ่มหัวข้อ ผลการดูแล ช่วยเหลือ และปัญหาอุปสรรคในการดูแล ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยกำหนดหัวข้อ ที่ผู้ดูแลให้การดูแลช่วยเหลือ แนะนำผู้ป่วย ในด้านสุขภาพร่างกาย ด้านการดูแลเกี่ยวกับโรคจิต และด้านอื่นๆ รวมทั้งผู้วิจัยได้เพิ่มหัวข้อ ผลการดูแลช่วยเหลือและปัญหาอุปสรรคในการดูแล

1.1.7 ใบงานที่ 1/4 แผนการปฏิบัติการดูแลตนเอง สัปดาห์ที่ 1 ชื่องการดูแลตนเอง ให้ระบุว่าด้านอะไรบ้าง เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม เป็นต้น ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยกำหนดการดูแลตนเองในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม

1.2 กิจกรรมที่ 2 การจัดการกับพฤติกรรมที่ป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

1.2.1 ใบงานที่ 2/1 พฤติกรรมที่ป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ ข้อ 5 พฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลงผิด และข้อ 6 พฤติกรรมที่เกิดจากอาการประสาทหลอน ควรบอกให้ชัดเจน เข้าใจง่าย สำหรับผู้นำโปรแกรมไปใช้ ผู้วิจัยได้ปรับแก้ในข้อ 5 โดยยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลงผิด เช่น หวาดกลัวคนทำร้าย หวาดระแวงผู้อื่น เป็นต้น และผู้วิจัยได้ปรับแก้ในข้อ 6 โดยยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เกิดจากอาการประสาทหลอน เช่น พุดหรือหัวเราะคนเดียว เป็นต้น

1.3 กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป ปรับวัตถุประสงค์สั้นๆเฉพาะเรื่องหลัก ไม่ต้องลงรายละเอียดย่อย ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดย ปรับวัตถุประสงค์เฉพาะเรื่องหลักสั้นๆ และไม่ลงรายละเอียดย่อย

1.3.2 วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ปรับให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หลัก ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดย ปรับวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ทั่วไป

1.3.3 ใ้ความรู้ที่ 3/1 ความเครียด เนื้อหายาวและเป็นวิชาการมากเกินไป ผู้วิจัยควรสรุปและเลือกประเด็นที่สำคัญที่ต้องการให้ผู้ดูแลได้เข้าใจ รวมทั้งลดศัพท์ทางวิชาการและศัพท์เทคนิคลงอย่างเหมาะสมกับประชาชนทั่วไป ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดย สรุปและเลือกเฉพาะประเด็นที่สำคัญที่ต้องการให้ผู้ดูแลเข้าใจ รวมทั้งได้ลดศัพท์ทางวิชาการและศัพท์เทคนิคลงอย่างเหมาะสมกับประชาชนทั่วไป

1.3.4 ใ้ความรู้ที่ 3/4 การพูดกับตัวเองด้านบวก ค่อนข้างเป็นวิชาการ มีศัพท์ภาษาอังกฤษ ควรปรับให้กระชับและตัดภาษาอังกฤษออก ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดย สรุปให้กระชับและตัดภาษาอังกฤษออก เพื่อให้เหมาะสมในการให้ความรู้กับประชาชนทั่วไป

1.4 กิจกรรมที่ 4 การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

1.4.1 ชื่อกิจกรรมที่ 4 น่าจะปรับเป็น การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกและภาวะซึมเศร้า หรือเป็นคำที่สามารถสื่อทุกกิจกรรมที่ให้ความหมายร่วมกัน ผู้วิจัยได้ปรับแก้เป็น การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

1.4.2 ใ้งานที่ 4/1 ความรู้สึกที่ยุ่งยากและวิธีการจัดการ (ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิด ภาวะซึมเศร้า) น่าจะปรับชื่อใ้งาน เป็น การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกและภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ปรับแก้เป็น ความรู้สึกจากการดูแลผู้ป่วยและวิธีจัดการ

1.5 กิจกรรมที่ 5 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

1.5.1 คำว่า “ติดต่อ” น่าจะ ตัดทิ้ง ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยตัดคำว่า “ติดต่อ” ในชื่อของกิจกรรมทิ้ง

1.5.2 กิจกรรม น่าจะมีการเกริ่นนำถึงความสำคัญของการสื่อสารก่อนเข้าสู่การแสดงบทบาทสมมติ ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดย เริ่มกิจกรรมในระยะดำเนินการโดยการเกริ่นนำถึงความสำคัญของการสื่อสารก่อนเข้าสู่การแสดงบทบาทสมมติ

1.5.3 ใ้ความรู้ที่ 5/1 วิธีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ น่าจะสรุปสั้นๆ

ปรับเนื้อหาไม่ให้เป็นวิชาการจนเกินไป เข้าใจง่ายและเหมาะสำหรับการสื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจง่าย ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดย สรุปและเลือกประเด็นที่สำคัญ รวมทั้งใช้ภาษาอย่างเหมาะสมกับประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดความชัดเจนและผู้ดูแลสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น

1.5.4 ใบงานที่ 5/2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม ควรออกแบบช่องความช่วยเหลือที่ได้รับ เป็น สื่อสารอย่างไรเพื่อขอความช่วยเหลือ และเพิ่มช่อง ผลการสื่อสาร ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยเปลี่ยนช่องความช่วยเหลือที่ได้รับ เป็น สื่อสารอย่างไรเพื่อขอความช่วยเหลือ และได้เพิ่มช่อง ผลที่ได้รับ

1.6 ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ควรลดระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม เพื่อไม่ให้ใช้ระยะเวลานานเกินไป ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดย ปรับลดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้เหลือ 3 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ซึ่งดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม

1.7 คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.7.1 หน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือด้านจิตใจ ควรเพิ่มรายชื่อโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคเหนือ ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดย เพิ่มรายชื่อโรงพยาบาลในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคเหนือ

1.7.2 ควรทำรูปเล่มให้น่าสนใจเพิ่มขึ้น เช่น ใส่รูปภาพ ใส่ web site ที่ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงได้ ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดย ใส่รูปภาพที่หน้าปกคู่มือ และใส่ web site ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (<http://www.dmh.moph.go.th>) รวมทั้งสายด่วนสุขภาพจิตตลอด 24 ชั่วโมง โทร.1667, 1323

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 3 คน โดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำแผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมไปใช้ ในด้านความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของระยะเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมทั้ง 6 กิจกรรม พบว่า ผู้ดูแลสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดี แต่บางกิจกรรมต้องมีการอธิบายและยกตัวอย่างเพิ่มเติม และพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ โดยระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 90 นาที ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อให้แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ที่ปรับปรุงโดย บุษพา ธนิกกุล (2555) ซึ่งประกอบด้วยแบบวัดภาระ 2 มิติ ได้แก่ ภาระเชิงปรนัย และภาระเชิงอัตนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ดังนี้

1. ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีเวลาทำกิจกรรมร่วมกับสังคมลดลง การมีสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง และเกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบทั้งหมด

2. ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกริยาการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10 และเป็นข้อความทางลบ 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12

การวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กระทำโดยให้ผู้ดูแลตอบข้อคำถามในแต่ละข้อให้ตรงตามประสบการณ์ และความรู้สึกนึกคิด ของผู้ดูแลเองที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่า มากน้อยเพียงใด ซึ่งแบบวัดนี้มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถามดังนี้

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

การแปลผล คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาระแต่ละประเภทแยกกัน และภาระโดยรวม ให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแล โดยใช้เกณฑ์การประเมินค่าคะแนนของ ประคอง กรรณสูตร (2542) โดยกำหนดค่าคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00	แสดงว่า	มีภาระการดูแลมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49	แสดงว่า	มีภาระการดูแลมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49	แสดงว่า	มีภาระการดูแลปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49	แสดงว่า	มีภาระการดูแลน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49	แสดงว่า	มีภาระการดูแลน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งได้ปรับปรุงโดย บุบผา ธนิกกุล (2554) ที่จะนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 คน และพยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นในระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 4 คะแนน เห็นด้วยมากให้ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อยให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องที่เว้นไว้ได้ข้อความของแต่ละข้อ แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป ผู้วิจัยได้คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยใช้สูตรดังนี้ (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสริตย์นรากร, 2553)

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

ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมได้เท่ากับ 0.92 และแยกเป็นรายมิติ คือ ภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากันคือ 0.92 ในประเด็นที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ ให้มีความเหมาะสม ชัดเจนและเข้าใจได้ง่ายขึ้น ก่อนที่จะนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อ 4 สถานภาพการสมรส หย่าร้าง ปรับแก้เป็น หย่า

2. แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ภาวะเชิงอัตนัย

ข้อ 2 “ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท” ปรับแก้เป็น “ท่านรู้สึกกังวลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท”

ข้อ 8 “ท่านรู้สึกผิดที่ตำหนิหรือลงโทษผู้ป่วยจิตเภท” ปรับแก้เป็น “ท่านรู้สึกผิดที่ท่านได้ตำหนิหรือลงโทษผู้ป่วยจิตเภท”

2.2 ภาวะเชิงปรนัย

ข้อ 9 “การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดความขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว” ปรับแก้เป็น “การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว”

ข้อ 11 “การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลาในการดูแลสุขภาพร่างกายของท่านน้อยลง” ปรับแก้เป็น “การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลาน้อยลงในการดูแลสุขภาพร่างกาย”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความตรงตามเนื้อหาและได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาจริง จำนวน 30 คน (Burns & Grove, 2001) ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อหาค่าความเที่ยงตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ 0.91 และแยกเป็นรายมิติ คือ ภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.75 และ 0.91 ตามลำดับ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Bandura (1986) ที่ปรับปรุงโดย สุนันทา นวลเจริญ (2553) มีข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งแบบวัดนี้มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ระดับความมั่นใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และระดับความมั่นใจน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1 คะแนน	หมายถึง	รู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด
2 คะแนน	หมายถึง	รู้สึกมั่นใจน้อย
3 คะแนน	หมายถึง	รู้สึกมั่นใจปานกลาง
4 คะแนน	หมายถึง	รู้สึกมั่นใจมาก
5 คะแนน	หมายถึง	รู้สึกมั่นใจมากที่สุด

การแปลผล คะแนนรายข้อและโดยรวม คิดได้จากคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแต่ละข้อรวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามของแบบสอบถามได้ค่าคะแนนดังนี้

คะแนน 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

คะแนน 2.50-3.49 คะแนน หมายถึง มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 3.50-4.49 คะแนน หมายถึง มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

คะแนน 4.50-5.00 คะแนน หมายถึง มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การกำกับการทดลอง กลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนน 3.50 ขึ้นไป (มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับค่อนข้างสูงขึ้นไป) จึงจะถือว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากคะแนนไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะให้ความรู้และเสริมกิจกรรมในส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ จากนั้นจึงทำการประเมินซ้ำจนผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Bandura (1986) ที่ปรับปรุงโดย สุนันทา นวลเจริญ (2554) มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมีความสอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยและใช้วัดการรับรู้ความสามารถของ

ตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง พบว่า แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.99 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Bandura (1986) ที่ปรับปรุงโดย สุนันทา นวลเจริญ (2554) ที่จะนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 คน และพยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมชื่อที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นในระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 4 คะแนน เห็นด้วยมากให้ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อยให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องที่เว้นไว้ได้ข้อความของแต่ละข้อ แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป

ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เท่ากับ 1 ในประเด็นที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ ให้มีความเหมาะสม ชัดเจนและเข้าใจได้ง่ายขึ้น ก่อนที่จะนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

ข้อ 2 “ฉันสามารถสังเกตได้ว่าตนเองมีความเครียดเกิดขึ้น” ปรับแก้เป็น “ฉันสามารถสังเกตได้ว่าตนเองเกิดความเครียด”

ข้อ 7. “ฉันพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาใหม่ๆที่อาจจะเกิดจากอาการของผู้ป่วย” ปรับแก้เป็น “ฉันพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาใหม่ๆที่อาจเกิดจากอาการของผู้ป่วย”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความตรงตามเนื้อหาและได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาจริง จำนวน 30 คน (Burns & Grove, 2001) ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มา

วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อหาค่าความเที่ยงตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.87

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงมีความพร้อมในการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความรู้ โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมการสร้างพลังความสามารถของผู้ดูแลศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับภาวะการดูแล และแนวคิดการสร้างพลังความสามารถ ซึ่งได้แก่ แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมทั้งศึกษารูปแบบกระบวนการกลุ่ม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการสังเกตการณ์การทำกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท และฝึกทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ณ กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้การวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2 ผู้วิจัยสร้างโครงสร้างโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล และคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวน เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำไปตรวจสอบคุณภาพโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 คน และพยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน (ตั้งรายนามในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทุกชุด

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2558

1.4 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

1.5 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ในการขอใช้สถานที่ ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.6 ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.7 ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดพันไกรและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร เพื่อขอใช้สถานที่ในการดำเนินการทดลอง

1.8 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จากนั้นดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติในการคัดเข้า และให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในแบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อประเมินภาวะการดูแลตามคุณสมบัติที่กำหนดการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ซึ่งได้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 82 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 44 คน

1.9 ผู้วิจัยได้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออีก 4 คน ซึ่งไม่สามารถจับคู่ด้วยรายได้ได้ โดยให้ข้อมูลว่าหากต้องการขอความช่วยเหลือ/คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลตนเองก็สามารถขอความช่วยเหลือ/คำแนะนำได้ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ใน

ช่วงเวลาที่พาผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วย ซึ่งจะมีจิตแพทย์และพยาบาลประจำคลินิกให้ความช่วยเหลือ/คำแนะนำแก่ท่านได้ หรือจะมาขอรับคำปรึกษาแนะนำได้ที่คลินิกให้คำปรึกษา กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หรือที่เบอร์โทรศัพท์ 077-501135 ในวันและเวลาราชการก็ได้ ซึ่งจะมีพยาบาลจิตเวชที่จะให้คำปรึกษาแนะนำแก่ท่านได้

1.10 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการเข้าร่วมการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึง การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการมารับบริการแต่อย่างใด ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่ออธิบายจนเข้าใจดีแล้ว จึงขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ ในการดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.11 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ (Control of Extraneous Variables) ซึ่งจากผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รายได้ของผู้ดูแล เป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ขนาน หัสศิริ, 2537; ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544; รจนา ปุณโณทก, 2550; Montgomery et al., 1985; Chien, Chan and Morrissey, 2007) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีจับคู่ (Matched-pair) ด้วยรายได้ของผู้ดูแล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่เหมือนกันเป็นคู่ๆ รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 คู่ โดยการแบ่งรายได้เป็นช่วงดังนี้ 1) ต่ำกว่า 2,500 บาท 2) 2,501-5,000 บาท 3) 5,001-7,500 บาท 4) 7,501-10,000 บาท 5) มากกว่า 10,000 บาท (บุบผา ธนิกกุล, 2555)

1.12 ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างทีละคู่ เพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีจับฉลากจำนวน 20 คู่ ซึ่งคนที่ผู้วิจัยจับฉลากได้จะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้ากลุ่มทดลอง ส่วนที่ไม่ได้จับฉลากเลือกเข้าเป็นกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	รายได้	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	มากกว่า 10,000 บาท	มากกว่า 10,000 บาท
2	มากกว่า 10,000 บาท	มากกว่า 10,000 บาท
3	7,501 – 10,000 บาท	7,501 – 10,000 บาท
4	2,501 – 5,000 บาท	2,501 – 5,000 บาท
5	7,501 – 10,000 บาท	7,501 – 10,000 บาท
6	2,501 – 5,000 บาท	2,501 – 5,000 บาท
7	ต่ำกว่า 2,500 บาท	ต่ำกว่า 2,500 บาท
8	5,001 – 7,500 บาท	5,001 – 7,500 บาท
9	2,501 – 5,000 บาท	2,501 – 5,000 บาท
10	7,501 – 10,000 บาท	7,501 – 10,000 บาท
11	มากกว่า 10,000 บาท	มากกว่า 10,000 บาท
12	มากกว่า 10,000 บาท	มากกว่า 10,000 บาท
13	มากกว่า 10,000 บาท	มากกว่า 10,000 บาท
14	5,001 – 7,500 บาท	5,001 – 7,500 บาท
15	5,001 – 7,500 บาท	5,001 – 7,500 บาท
16	7,501 – 10,000 บาท	7,501 – 10,000 บาท
17	มากกว่า 10,000 บาท	มากกว่า 10,000 บาท
18	7,501 – 10,000 บาท	7,501 – 10,000 บาท
19	ต่ำกว่า 2,500 บาท	ต่ำกว่า 2,500 บาท
20	มากกว่า 10,000 บาท	มากกว่า 10,000 บาท

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน โดยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1-3 จะได้รับการพยาบาลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิตเป็นรายกลุ่ม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านตามปัญหาที่พบเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน ซึ่งได้จากการคัดกรองจากคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนตามกำหนดเวลาและอำนวยความสะดวกให้กับกลุ่มตัวอย่างในการเดินทางมาร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยจึงไปจัดกิจกรรมขึ้นในชุมชนที่มีกลุ่มของผู้ดูแลจำนวนมากมาทำกิจกรรมร่วมกัน โดยได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย ดังนี้ กลุ่มที่ 1 จำนวน 11 คน กลุ่มที่ 2 จำนวน 9 คน ซึ่งการแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยโดยที่สมาชิกมีจำนวนไม่เท่ากันทั้ง 2 กลุ่มนี้ เนื่องมาจากการแบ่งกลุ่มตามพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง ทำให้จำนวนของผู้ดูแลไม่เท่ากัน และเนื่องจากจำนวนสมาชิกในกลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่ควรเกิน 13 คน (Marram, 1978) ดังนั้น การมีสมาชิก จำนวน 9 และ 11 คน จึงไม่ทำให้กลุ่มทั้งสองมีความแตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้การแบ่งกลุ่มย่อยของกลุ่มทดลองจึงมีจำนวนไม่เท่ากัน และผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดพันไกรและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่งนี้ มีความเหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมด้วยเนื่องจากมีห้องปรับอากาศที่มีความเงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน มีความเป็นส่วนตัว และสามารถรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จนครบ 6 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ดังนี้

ตารางที่ 3 แผนกำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ฌ
ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดพันไกร และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาง
หมาก

สัปดาห์ / กิจกรรม	กลุ่มที่ / จำนวนสมาชิก	วัน เดือน ปี	เวลา
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การ พัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิต เภทและการดูแลตนเองของ ผู้ดูแล	กลุ่มที่ 1 (11 คน)	4 มกราคม 59	10.00-11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	5 มกราคม 59	10.00-11.30 น.
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็น ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มที่ 1 (11 คน)	7 มกราคม 59	10.00-11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	8 มกราคม 59	10.00-11.30 น.
สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับความเครียดที่มี ประสิทธิภาพ	กลุ่มที่ 1 (11 คน)	11 มกราคม 59	10.00-11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	12 มกราคม 59	10.00-11.30 น.
สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 การจัดการกับความรู้สึทที่เกิด จากการดูแลผู้ป่วย	กลุ่มที่ 1 (11 คน)	14 มกราคม 59	10.00-11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	15 มกราคม 59	10.00-11.30 น.
สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	กลุ่มที่ 1 (11 คน)	18 มกราคม 59	10.00-11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	19 มกราคม 59	10.00-11.30 น.
สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 6 การสื่อสารในสถานการณ์ที่ ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ	กลุ่มที่ 1 (11 คน)	21 มกราคม 59	10.00-11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	22 มกราคม 59	10.00-11.30 น.

สรุปผลการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล เมื่อเสร็จสิ้นในแต่ละกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเองของผู้ดูแล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง
2. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง
3. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วย และการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัย และสมาชิกภายในกลุ่ม มีความกล้าที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก และความคิดเห็นในการร่วมกิจกรรม
2. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงความสำคัญและความจำเป็นในการทำบทบาทผู้ดูแล
3. ผู้ดูแลสามารถบอกเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วย และการดูแลตนเองได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ

การอธิบายชี้ให้ผู้ดูแลเห็นถึง ความสำคัญและความจำเป็นในการทำบทบาทผู้ดูแล และการสร้างแรงจูงใจในการทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง โดยชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและมีความต้องการ การเรียนรู้มากขึ้นการให้ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับผู้ป่วย และบทบาทการดูแล มีความพร้อมในการเผชิญปัญหา ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง และมีความเครียดลดลง รวมทั้งให้ข้อมูลการดูแลตนเองด้านสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป ได้แก่ การรับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ และการออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งสุขภาพของตนเอง และวิถีทางการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ และให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความสำเร็จในการเริ่มต้นการดูแลตนเอง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 ความรู้สึกของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย
2. ใบงานที่ 1/2 โรครจิตเภท
3. ใบงานที่ 1/3 บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย
4. ใบงานที่ 1/4 แผนการปฏิบัติ การดูแลตนเองของผู้ดูแล
5. ใบความรู้ที่ 1/1 ความสำคัญและความจำเป็นในการทำบทบาทผู้ดูแล
6. ใบความรู้ที่ 1/2 การดูแลสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป
7. คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรครจิตเภท
8. ตารางการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการดำเนินกิจกรรมทุกสัปดาห์
9. ดินสอ ยางลบ

การดำเนินกิจกรรม

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ
 - 1.1 ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง และประวัติโดยย่อ
 - 1.2 ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง อบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย และมีความคุ้นเคยกันโดยการเล่นเกมส์การทำความรู้จัก
 - ให้ผู้ดูแลแต่ละคนพูดคุยกับเพื่อนในกลุ่มให้ได้มากที่สุดเกี่ยวกับสิ่งที่อยากจะทราบ เช่น ชื่อ อายุ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ สิ่งที่ชอบ/ไม่ชอบ สิ่งที่ต้องการมากที่สุดในชีวิต เป็นต้น ภายในเวลา 5 นาที
 - เมื่อครบเวลาตามที่กำหนดไว้ ให้ผู้ดูแลแนะนำตัวเอง และแนะนำเพื่อนที่ตนเองรู้จักจากการเล่นเกมส์ทำความรู้จัก
 - ผู้วิจัยสนใจ และตั้งใจฟัง เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจผู้วิจัย
 - 1.3 ผู้วิจัยให้ข้อมูลผู้ดูแลโดยการชี้แจง
 - วัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมในครั้งนี้
 - รูปแบบของกิจกรรม
 - ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม
 - ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
 - 1.4 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสร้างข้อตกลงหรือกติการ่วมกันในการเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละครั้ง พร้อมทั้งแจ้งวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมของแต่ละสัปดาห์

2. ระยะดำเนินการกิจกรรม

2.1 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกจากการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านบวกและด้านลบพร้อมทั้งให้ทำใบงานที่ 1/1 ความรู้สึกของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย และนำเสนอภายในกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่ผู้ดูแลนำเสนอ

2.2 ผู้วิจัยอธิบายชี้ให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยตามใบความรู้ที่ 1/1 และสร้างแรงจูงใจในการทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองโดยชี้ให้ผู้ดูแลเห็นถึงแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองและพูดถึงการทำบทบาทผู้ดูแลนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้ดูแล

2.3 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภทพร้อมทั้งให้ทำใบงานที่ 1/3 โรคจิตเภทและนำเสนอภายในกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่ผู้ดูแลนำเสนอ

2.4 ผู้วิจัยให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรคการรักษา ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วย ร่วมกับการพูดคุย ชักถาม และอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม โดยใช้คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นสื่อในการสอน

2.5 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ เกี่ยวกับบทบาทการดูแลผู้ป่วย และบทบาทการดูแลตนเองขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย

2.6 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำใบงานที่ 1/2 บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย และนำเสนอภายในกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่ผู้ดูแลนำเสนอ

2.7 ผู้วิจัยให้ข้อมูลการดูแลตนเองด้านการดูแลสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป ได้แก่ การรับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับและการออกกำลังกาย ตามใบความรู้ที่ 1/2 การดูแลสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป ร่วมกับการพูดคุย ชักถาม และอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม

2.8 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ตามใบงานที่ 1/4 และนำเสนอแผนของตนเองภายในกลุ่ม พร้อมทั้งพูดถึงความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผน และให้สมาชิกกลุ่มให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจในการปฏิบัติตามแผนให้เป็นผลสำเร็จ รวมทั้งผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ดูแลทราบว่าใบงานนี้ ผู้ดูแลจะต้องทำทุกสัปดาห์เป็นเวลา 3 สัปดาห์

3. ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

3.1 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด และการแก้ไข ปัญหาที่ได้รับจากการทำกิจกรรมในครั้งนี้

3.2 ผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ ตั้งแต่ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการและระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

3.3 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม

3.4 ผู้วิจัยให้กำลังใจ ให้คำชมเชย และให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแล

3.5 ผู้วิจัยนัดหมายผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป และแจกตารางการนัดหมาย

ในการดำเนินกิจกรรม พร้อมทั้งแจกคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ พบว่า สมาชิกให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการทักทาย พูดคุยด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส ทำที่เป็นกันเองและเป็นมิตร สมาชิกมีความไว้วางใจต่อผู้วิจัย และสมาชิกภายในกลุ่มด้วยกัน สมาชิกกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเอง เช่น ให้ข้อมูลสมาชิกด้วยกันว่า ชื่ออะไร บ้านอยู่ที่ไหน ดูแลบุตรที่ป่วยเพศหญิงหรือเพศชาย อายุเท่าไร ป่วยมากี่ปีแล้ว บุตรมีครอบครัวแล้วหรือยัง และมีการป่วยซ้ำจนต้องกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์กี่ครั้ง และแต่ละครั้งที่ป่วยซ้ำแพทย์ให้นอนที่โรงพยาบาลนานกี่เดือน ซึ่งพบว่า สมาชิกส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยมีการกลับป่วยซ้ำจำนวน 1-6 ครั้ง และแพทย์อนุญาตให้นอนรักษาที่โรงพยาบาลนานครั้งละ 1-3 เดือน รวมทั้งสมาชิกมีความกล้าที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก และความคิดเห็นในการร่วมกิจกรรม สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ และข้อตกลงหรือกติกาในการเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละครั้ง รวมทั้งวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมของแต่ละสัปดาห์

จากการที่ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ระบายความรู้สึกจากการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านบวกและด้านลบพร้อมทั้งให้ทำใบงานที่ 1/1 ความรู้สึกของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีความรู้สึกด้านบวกกับผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ รู้สึกสงสาร เข้าใจ และเห็นใจผู้ป่วย ”

“ อยากให้เขาหาย ”

“ อยากให้เขามีความสุข ”

“ อยากให้เขาช่วยเหลือตนเองได้ ”

“ อยากให้ลูกกลับไปเรียนหนังสือได้เหมือนเดิม ”

“ อยากให้ลูกมีหน้าที่การงานที่ดีทำ เหมือนเพื่อนๆ ”

สมาชิกบางคนมีความรู้สึกด้านลบกับผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกเครียด วิตกกังวล เหนื่อย ท้อแท้ เสียใจ โกรธ ไม่พอใจ อับอาย หวาดกลัว รู้สึกผิด และรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ รู้สึกเครียดมาก กลุ้มใจมาก บางเวลาอยากไปให้พ้น อยากให้มันตาย บางครั้งกลัวมันจะทำร้าย ”

“ รู้สึกเครียดมาก ไม่อยากดูแลเขาด้วย เวลาที่เขาโมโห เราเป็นแม่รู้สึกไม่ดีเลย ”

“ อยากฆ่าให้มันตาย ให้มันพ้นๆไป แต่พอมาคิดอีกที ก็สงสาร ”

“ วันนั้น ผมรู้สึกโมโหผู้ป่วยมากและได้ลงมือทำร้ายผู้ป่วย ผู้ป่วยพูดว่า “ตีผมให้ตายเลยพ่อ” พอผมได้ยินลูกพูดแบบนั้น ผมหยุดทำร้ายลูกทันที และผมน้ำตาไหลพราก ผมรู้สึกเสียใจและรู้สึกผิดมาตลอด ” และสมาชิกกลุ่มรายนี้ ได้พูดต่อไปว่า “ ถ้าเราตีเขา ก็เหมือนกับเราตีตัวเอง ” หลังจากนั้น สมาชิกกลุ่มรายนี้ ไม่เคยทำร้ายผู้ป่วยอีกเลย

ผู้วิจัยได้อธิบายชี้ให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย และสร้างแรงจูงใจในการทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองโดยชี้ให้ผู้ดูแลเห็นถึงแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง ซึ่งหากผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และดูแลตนเองได้ดี ผู้ป่วยไม่เกิดการป่วยซ้ำ การรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลก็จะลดลง และพูดถึงการทำบทบาทผู้ดูแลนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้ดูแล

จากการที่ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภทพร้อมทั้งให้ทำใบงานที่ 1/2 โรคจิตเภท ใน 6 หัวข้อ ได้แก่ 1) ความหมายของโรคจิตเภท 2) สาเหตุ 3) อาการ 4) การรักษา 5) ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยกระตุ้นให้มีการกลับป่วยซ้ำ 6) อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ พบว่า สมาชิกให้ความสนใจ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและทำใบงาน ทั้ง 6 หัวข้อ ดังนี้

1) โรคจิตเภทคืออะไร สมาชิกบางคนสามารถบอกความหมายของโรคจิตเภทได้ถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ โรคจิตเภท คือ โรคจิตชนิดหนึ่ง ที่ผู้ป่วยชอบเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่ชอบวุ่นวายกับใคร เอาแต่ใจตัวเอง ”

“ โรคจิตเภท คือ การป่วยทางจิต มีอาการประสาทหลอน ระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย ”

“ โรคจิตเภท คือ ความผิดปกติทางจิต ”

แต่สมาชิกบางคนยังบอกความหมายของโรคจิตเภท ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ โรคจิตเภท คือ โรคที่รักษาเท่าไรก็ไม่หาย ”

“ โรคจิตเภท คือ โรคประสาท ”

“ โรคจิตเภท คือ โรคของสมอง ”

2) โรคจิตเภทเกิดจากสาเหตุใดบ้าง สมาชิกส่วนใหญ่สามารถบอกสาเหตุของโรคจิตเภทได้ถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ โรคจิตเภท เกิดจากการใช้สารเสพติด กัญชา ยาบ้า ”

“ โรคจิตเภท เกิดจากความเครียด อุบัติเหตุ กรรมพันธุ์ ”

“ โรคจิตเภท เกิดจากสมองมีปัญหาหลายอย่าง ”

“ โรคจิตเภท เกิดจากความผิดหวังในชีวิต ”

3) โรคจิตเภทมีอาการอย่างไรบ้าง สมาชิกส่วนใหญ่สามารถบอกอาการของโรคจิตเภทได้ถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ ผู้ป่วยมีความคิดหวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย จึงได้เข้าไปแอบอยู่ใต้เตียงและพูดว่า “ถ้าใครเข้ามาจะแทงทันที” ”

“ เห็นผู้ป่วยพูดคนเดียว บางครั้งก็นั่งยิ้มและหัวเราะคนเดียว ”

“ ผู้ป่วยบอกว่าได้ยินเสียงคนมาตำว่า ทั้งๆที่ไม่มีคนมาตำ ”

“ ผู้ป่วยมีอาการชอบโกรธง่าย โวยวาย เอาแต่ใจ ทำลายข้าวของ รบกวนคนรอบข้าง ”

“ ผู้ป่วยนั่งซึมอยู่คนเดียว เห็นภาพหลอน ทำร้ายตัวเอง ”

4) ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทรักษาได้อย่างไร สมาชิกส่วนใหญ่สามารถบอกถึงการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ถูกต้อง ได้แก่ การรักษาด้วยยา กิน ยาฉีด และไฟฟ้า แต่สมาชิกส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า มีการรักษาผู้ป่วยทางด้านจิตสังคมด้วย

5) ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยกระตุ้นให้มีการกลับป่วยซ้ำของโรคจิตเภทมีอะไรบ้าง สมาชิกส่วนใหญ่สามารถบอกปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยกระตุ้นให้มีการป่วยซ้ำได้ถูกต้อง ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเครียด การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่รับประทานยา การปรับลดยาเอง การกลับไปใช้ยาเสพติด กินกาแฟบ่อยครั้ง ความเสียใจ การนอนหลับไม่เพียงพอ ขาดคนดูแล

6) อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอะไรบ้าง สมาชิกส่วนใหญ่สามารถบอกถึงอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ถูกต้อง ได้แก่ นอนไม่หลับ หิวแหว่ พูดคนเดียว ก้าวร้าว อยู่ไม่นิ่ง ผู้ป่วยพูดฟังไม่รู้เรื่อง พูดมาก

จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำเพิ่มเติม พบว่าสมาชิกให้ความสนใจและตั้งใจฟังเป็นอย่างดี และทำให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทเพิ่มมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ ให้ความรู้เรื่องโรคดีมาก ละเอียดดี ทำให้มีความรู้เรื่องโรคจิตเภทเพิ่มมากขึ้น จากที่ไม่รู้จักได้รู้ ได้เข้าใจ ได้เข้าใจกระจ่างขึ้น ”

เมื่อผู้วิจัยให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทแล้ว สมาชิกบอกว่ารู้สึกสงสาร เข้าใจ และเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น รู้สึกผิดที่ตนเองเคยดูต่ำ บ่น และทำร้ายผู้ป่วย และบอกว่าตนเองรู้สึกใจเย็นลง และจะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดต่อไป

จากการที่ผู้วิจัยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ เกี่ยวกับบทบาทการดูแลผู้ป่วย ใน 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านการดูแลเกี่ยวกับโรคจิต และด้านอื่นๆ พร้อม

ทั้งทำใบงานที่ 1/3 บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย การดูแลด้านสุขภาพร่างกาย พบว่า สมาชิกให้การดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ลดการรับประทานอาหารมันๆ การนอนหลับพักผ่อน การแนะนำให้รักษาความสะอาดร่างกาย การแต่งกายให้สุภาพ การตัดเล็บ การช่วยทำงานบ้าน และการช่วยเหลือตนเองเท่าที่พอทำได้ การออกกำลังกาย ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ ให้กินข้าวครบ 3 มื้อ แนะนำทำตัวให้สะอาด เก็บกวาดบ้าน ”

“ ให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายเป็นประจำ เตือนให้ผู้ป่วย อาบน้ำ แปรงฟันอยู่เสมอ ”

ด้านการดูแลเกี่ยวกับโรคจิต พบว่า สมาชิกให้การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาให้ครบทุกชนิด ตามเวลา และต่อเนื่องสม่ำเสมอ การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือไปรับยาแทนผู้ป่วยตามนัด การสังเกต พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย แนะนำให้ดูแลตัวเอง ไม่ใช่สารเสพติดทุกชนิด ให้ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ และพาออกไปเที่ยวนอกบ้านเพื่อคลายเครียด ต้องดูแลใกล้ชิด ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ ชวนคุยเรื่องดีๆ พูดเอาใจ พูดหวานๆ ไม่พูดเสียงดัง ให้กินยาสม่ำเสมอ ”

“ จัดยาให้กินต่อหน้าเป็นเวลา พูดจาดีๆ ห้ามดุด่า ”

“ ตัวเราเองต้องใจเย็นให้มากที่สุด พยายามควบคุมอารมณ์ตัวเอง ”

ส่วนการดูแลผู้ป่วยด้านอื่นๆ ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน การพาออกไปพบปะ พูดคุยกับเพื่อน การพาไปทำบุญที่วัด การพูดชมเชยและให้กำลังใจผู้ป่วย ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยนั้น สมาชิกพบปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ ชอบลี้มรับประทานยา ต้องคอยเตือนให้ผู้ป่วยกินยาตามเวลา ”

“ ชอบสูบบุหรี่ กินเหล้า กินกาแฟ ”

“ แม่พูดไม่ได้ ดื้อรั้น ไม่เชื่อฟัง ”

“ ต้องออกไปทำงานหาเงินเลี้ยงดูครอบครัว จึงไม่มีเวลาดูแล ”

ผู้วิจัยให้ข้อมูลการดูแลตนเองด้านการดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ การ รับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับและการออกกำลังกาย พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่เห็น ความสำคัญของการดูแลตนเองด้านสุขภาพร่างกาย ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ เราต้องดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี ถ้าเราไม่ดูแลตนเองให้ดี หรือไม่มีเรา ผู้ป่วยจะอยู่อย่างไร ใครจะดูแลเขา ”

จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ตามใบงานที่ 1/4 ซึ่งให้การ ดูแลตนเองใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสำเร็จในการ เริ่มต้นการดูแลตนเอง และให้นำเสนอแผนของตนเองภายในกลุ่ม พร้อมทั้งพูดถึงความมั่นใจในการ ปฏิบัติตามแผน และให้สมาชิกกลุ่มให้กำลังใจ รวมทั้งให้นำเสนอผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเอง ในกิจกรรมครั้งต่อไป

ผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันสรุปความรู้ในกิจกรรมนี้ พบว่าสมาชิกสามารถสรุปความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วย และการดูแลตนเองได้ถูกต้อง รวมทั้งผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดเกี่ยวกับความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ ซึ่งมีตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ รู้สึกดีใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้เจอคนหัวอกเดียวกัน ไม่ได้มีเราคนเดียวที่ดูแลผู้ป่วยโรคนี้ เรายังมีเพื่อนที่เข้าใจ และให้กำลังใจ ”

“ เมื่อก่อนเครียด รู้สึกอึดอัด ไม่รู้จะไประบายกับใคร ตอนนี้เรามีเพื่อน ได้ระบายความรู้สึก ได้พูดคุย ได้เรียนรู้ร่วมกัน ตอนนี้รู้สึกสบายใจขึ้น ไม่เครียด ไม่อายแล้ว ”

“ ไม่เสียดายเวลาที่ได้มาเข้าร่วมกิจกรรม ”

และผู้วิจัยได้แจกคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สมาชิกส่วนใหญ่บอกว่าดี มีประโยชน์ ตัวหนังสือมีขนาดใหญ่ อ่านง่าย เวลาฟังผู้วิจัยให้ความรู้หรืออ่านเองแล้วจำไม่ได้ ก็สามารถนำกลับมาอ่านทบทวนได้ ให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยดีมาก ละเอียดดี รวมทั้งมีข้อมูลโรงพยาบาล/หน่วยงานที่ให้การดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจพร้อมเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ครอบคลุมภาคของประเทศ และบอกว่า ควรเอาคู่มือนี้ให้ผู้ป่วยอ่านด้วย

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย
2. ผู้ดูแลสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงความสำคัญของการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้
2. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้

สาระสำคัญ

การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทาง มีความมั่นใจ และสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดการป่วยซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความสำเร็จในการเริ่มต้นการดูแลตนเอง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ
2. ใบงานที่ 2/2 แผนการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ดูแล
3. ใบความรู้ที่ 2/1 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการ
4. ดินสอ ยางลบ

การดำเนินกิจกรรม

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธ์ภาพ

1.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆไปกับผู้ดูแล เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ

1.2 ผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมในครั้งนี้ รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม ข้อตกลงหรือกติการ่วมกันในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

2. ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม

2.1 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยที่พบจากการดูแล

2.2 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วย และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าว ตามใบงานที่ 2/1 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการและให้นำเสนอภายในกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่ผู้ดูแลนำเสนอ

2.3 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการ ตามใบความรู้ที่ 2/1 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการ ร่วมกับการพูดคุย ชักถาม และอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม

2.4 ผู้วิจัยสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองในช่วงที่ผ่านมาและปัญหา อุปสรรคในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมกันให้ข้อเสนอแนะ

2.5 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ตามใบงานที่ 2/2 และนำเสนอแผนของตนเองภายในกลุ่ม และพูดถึงความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผน รวมทั้งให้สมาชิกกลุ่มให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจในการปฏิบัติตามแผนให้เป็นผลสำเร็จ

3. ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม

3.1 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด และการแก้ไขปัญหาที่ได้จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้

3.2 ผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ ตั้งแต่ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ ระยะเวลาดำเนินการและระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

- 3.3 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม
- 3.4 ผู้วิจัยให้กำลังใจ ให้คำชมเชย และให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแล
- 3.5 ผู้วิจัยนัดหมายผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ ระยะเวลาสัมพันธภาพ พบว่า สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการทักทายพูดคุยด้วยสื่อน้ำยิ้มแย้ม แจ่มใส ท่าที่เป็นกันเองและเป็นมิตร มีความคุ้นเคยและไว้วางใจกันต่อผู้วิจัย และสมาชิกกลุ่มด้วยกันมากขึ้นกว่าเดิม

สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ และข้อตกลงหรือกติกาในการเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละครั้ง รวมทั้งวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมของแต่ละสัปดาห์

จากการที่ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิก แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่พบจากการดูแล พร้อมทั้งทำใบงานที่ 2/1 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการซึ่งมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ทั้งหมด 10 พฤติกรรม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง/ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา 2) พฤติกรรมการนอน เช่น นอนไม่เป็นเวลา นอนได้น้อยเกินไป นอนไม่หลับ ผุดลุกผุดนั่ง ลุกเดินไปมา 3) พฤติกรรมหงุดหงิด โมโหง่าย ก้าวร้าว 4) พฤติกรรมไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจทำงาน ไม่ช่วยทำงานบ้าน ไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน ไม่ช่วยเหลือตัวเอง หรือ ออกเที่ยวนอกบ้าน 5) พฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลงผิด เช่น หลงผิดว่าผู้อื่นคิดร้ายต่อตน คิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ เป็นต้น 6) พฤติกรรมที่เกิดจากอาการประสาทหลอน เช่น ได้ยินเสียงที่คนอื่นไม่ได้ยิน เห็นภาพแปลกๆ ได้กลิ่นแปลกๆ เป็นต้น 7) พฤติกรรมนอนหลับตลอดวัน ดูโทรทัศน์เกือบทั้งวัน 8) พฤติกรรมไม่สนใจตัวเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยของตัวเอง 9) พฤติกรรมแยกตัวเอง 10) พฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น สุบบุหรี่ ดื่มสุรา และสารเสพติดทุกชนิด ซึ่งสมาชิกได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและมีวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเหล่านี้ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

1) ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง/ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา

“ พุดปลอบ ให้กำลังใจ จัดยาให้กินเองทุกวัน ”

“ บอกผู้ป่วยซ้ำๆ หลายครั้ง พุดซ้ำๆ เพื่อผู้ป่วยจะได้ตัดสินใจ และยินยอมผู้ป่วยกินยาต่อหน้าแล้ว ”

“ พยายามพูดดีๆกับเค้า ถ้าไม่กินยา ต้องกลับไปอยู่โรงพยาบาลเหมือนเดิม ”

“ เราต้องพูดปลอบ ให้กำลังใจว่า “ลูกกินข้าว กินยา เตียวแม่มีขนมให้กิน มีน้ำขวดให้กิน ด้วย แต่ลูกต้องกินยานะ ” ”

2) พฤติกรรมการนอน

“ พาผู้ป่วยสวดมนต์ ขวนคุย ”

“ แนะนำว่า “ลูกต้องนอนพักผ่อนให้เพียงพอ ไม่เช่นนั้นลูกจะกลับป่วยซ้ำได้” ”

“ ซื้อขนมห่อให้กิน พูดติดๆกับผู้ป่วยว่า “กินเสร็จแล้ว ดูทีวีสักพัก แล้วก็ไปนอน พรุ่งนี้เช้าจะซื้อขนมมาให้กินอีก” ”

“ ดูเฉยๆ ถ้านอนไม่หลับ 3 คืนติดต่อกันก็พาไปหาหมอ ”

3) พฤติกรรมหงุดหงิด โมโหง่าย ก้าวร้าว

“ ใจเย็นเอาไว้ ไม่ได้ตอบ ”

“ อยู่เฉยๆ ไม่ต้องพูด เขาจะหายเอง ”

“ เราต้องพูดกับเขาดีๆ ไม่โมโหเขา ต้องเอาใจเขา ”

“ เราก็จะพูดปลอบ เขาก็ฟังดี แต่พอเขาคอยต่ออยู่เรื่อย แม่ก็เจียบเสีย สงสารลูก ”

4) พฤติกรรมไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจทำงาน ไม่ช่วยทำงานบ้าน ไม่ปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน ไม่ช่วยเหลือตัวเอง หรือ ออกเที่ยวนอกบ้าน

“ พยายามเตือนว่ากินข้าวแล้ว ให้ล้างจานเอง ซักผ้าเอง ถ้าไม่ช่วยเหลือตัวเอง จะลำบาก เมื่อแม่-พ่อ ไม่อยู่แล้ว ”

“ มอบหมายงานให้ทำ สอนให้เขาทำงาน ”

“ ที่อยู่ก็ไม่ค่อยทำอะไรได้ แม่ก็จะให้เอาข้าวให้สุนัขกิน และหน้าที่ของเขาคือลากถังขยะไปทิ้ง ”

5) พฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลงผิด

“ วางเฉย ”

“ บอกลูกว่า ไม่มีใครมาทำร้ายลูก ลูกคิดไปเอง ”

“ อธิบายให้เขาเข้าใจ ให้กินยาทุกวัน สม่าเสมอ ”

“ ปลอดภัยตลอดเวลาเป็นประจำทุกวัน ว่า “ ผู้ป่วยมีหน้า มีหัวใจเหมือนกับคนอื่นๆ ” ”

6) พฤติกรรมที่เกิดจากอาการประสาทหลอน

“ บอกผู้ป่วยให้ตะโกนตอบด้วยเสียงดัง เพื่อกลบเสียงที่ได้ยิน ”

“ บอกเขาว่า ไม่มีอะไร ไม่ต้องคิดมาก ”

7) พฤติกรรมนอนหลับตลอดวัน ดูโทรทัศน์เกือบทั้งวัน

“ ปลดปล่อยไปตามอารมณ์ผู้ป่วย ”

“ พยายามเตือน ไม่ให้นอนทั้งวัน และบอกให้ผู้ป่วยมาช่วยแม่ทำงาน ”

“ ต้องบอกว่า “ตื่นบ้าง อย่างนอนหลับทั้งวัน เดี่ยวจะอ้วนกลายเป็นโรคความดัน โรคเบาหวาน แล้วจะรักษายาก ” ”

8) พฤติกรรมไม่สนใจตัวเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยของตัวเอง

“ แม่พูดก็ไม่สนใจ ”

“ เราคอยดูแลให้เขาบ้าง ให้เขาช่วยเหลือตัวเองบ้าง ”

“ จัดเตรียมชุดให้เลย จะได้ไม่เป็นปัญหา ”

9) พฤติกรรมแยกตัวเอง

“ พยายามคุยกับเขาให้บ่อยที่สุด ”

“ เราต้องเข้าหาเขา ชวนเขาคูญ ”

“ ทำห้องส่วนตัวให้ผู้ป่วย มีครบทุกอย่างแบบทันสมัย ”

10) พฤติกรรมการใช้สารเสพติด

“ พูดจาดีๆ บอกว่า “กินเข้าไปแล้ว จะกระตุ้นให้กลับมาป่วยซ้ำได้อีก ” ”

“ พยายามบอกบ่อยๆ ว่าไม่ดี เดี่ยวจะไม่หายจากโรคนี้ละ ”

“ เตือนไม่ได้เลย ผู้ป่วยจะด่าว่าไม่หยุด ”

11) พฤติกรรมที่เป็นปัญหาอื่น ๆ คือ ผู้ป่วยหิวบ่อย กินทั้งวัน สมาชิกมีวิถีจัดการ โดยการ

ชวนผู้ป่วยทำงาน และออกกำลังกายจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย จิตเภทและวิธีการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าวเพิ่มเติม ในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม พบว่า สมาชิกให้ความ สนใจและตั้งใจฟังเป็นอย่างดี ซึ่งสมาชิก บอกว่า “ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการมากยิ่งขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และมี แนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ”

จากการที่ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมในช่วงที่ผ่านมาตามใบงานที่ 1/4 พบว่า สมาชิกสบายใจขึ้น ใจ เย็นลง มีความสุข ไม่เครียด เพื่อนและสังคมให้กำลังใจ ไม่จมอยู่กับความเศร้านานเกินไป ไม่ท้อแท้ หรือท้อถอย รับประทานอาหารได้มากขึ้น นอนหลับดี และมีกำลังเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของ สมาชิก ต่อไปนี้

“ จะดูแลสุขภาพตัวเองให้ดี ให้มีชีวิตอยู่นานๆ เพื่อดูแลผู้ป่วย ”

“ ทำให้ตัวเองสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ทำแล้วรู้สึกสบายใจมาก ไม่เครียด ”

จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ตามใบงานที่ 2/2 และให้นำเสนอแผนของตนเองภายในกลุ่ม พร้อมทั้งพูดถึงความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผน และให้สมาชิกกลุ่มให้กำลังใจ รวมทั้งให้นำเสนอผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป

จากการที่ผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันสรุปความรู้ในกิจกรรมนี้ พบว่าสมาชิกสามารถสรุปความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทได้ถูกต้อง และสามารถบอกถึงความสำคัญของการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ดูแล มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

ผู้ดูแลสามารถบอกถึงแนวทาง และมีทักษะในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

สาระสำคัญ

การให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความเครียด และการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม สามารถลดความเครียดได้ และให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนการพูดกับตัวเองด้านลบเป็นวิธีการพูดกับตัวเองด้านบวกซึ่งเป็นการปรับความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมในทางบวก ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น มีการรับรู้ และมีอิสระในความสามารถ หรือใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างสูงสุด รวมทั้งลดหรือบรรเทาความเครียดและความวิตกกังวลได้ อีกทั้งให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องวิธีการมองโลกในแง่ดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับความเครียด มีความมั่นใจ และมีความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความสำเร็จในการเริ่มต้นการดูแลตนเอง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 การจัดการกับความเครียด
2. ใบงานที่ 3/2 การพูดกับตัวเองด้านบวก
3. ใบงานที่ 3/3 แผนการปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ดูแล
4. ใบความรู้ที่ 3/1 ความเครียด
5. ใบความรู้ที่ 3/2 กิจกรรมการผ่อนคลายประจำวัน

6. ไบความรู้ที่ 3/3 การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
7. ไบความรู้ที่ 3/4 การพูดกับตัวเองด้านบวก
8. ไบความรู้ที่ 3/5 วิธีการมองโลกในแง่ดี
9. ดินสอ ยางลบ

การดำเนินกิจกรรม

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ

1.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องต่างๆไปกับผู้ดูแล เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ

1.2 ผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมในครั้งนี้ รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม ข้อตกลงหรือกติการ่วมกันในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

2. ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม

2.1 ผู้วิจัยเกริ่นนำถึงความเครียดต่างๆไปเพื่อให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญของความเครียดและการจัดการความเครียด

2.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียด และการจัดการความเครียดที่ผ่านมาพร้อมทั้งให้ทำใบงานที่ 3/1 การจัดการกับความเครียด และนำเสนอภายในกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่ผู้ดูแลนำเสนอ

2.3 ผู้วิจัยให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด สัญญาณเตือนของความเครียด ผลจากปฏิกิริยาการตอบสนองที่มีต่อความเครียด ระดับของความเครียด และขั้นตอนสู่การควบคุมความเครียด ตามไบความรู้ที่ 3/1 ความเครียด รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการผ่อนคลายประจำวัน ตามไบความรู้ที่ 3/2 กิจกรรมการผ่อนคลายประจำวัน ร่วมกับการพูดคุย ชักถาม และอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม

2.4 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การฝึกการหายใจ การฝึกการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ และการทำสมาธิ สาธิตการฝึกปฏิบัติพร้อมทั้งให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตาม ตามไบความรู้ที่ 3/3 การจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

2.5 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลฟังซีดี การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การจินตนาการและให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตาม

2.6 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การเปลี่ยนการพูดกับตัวเองด้านลบเป็นวิธีการพูดกับตัวเองด้านบวก ตามไบความรู้ที่ 3/4 การพูดกับตัวเองด้านบวก ร่วมกับการพูดคุย ชักถาม และอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม

2.7 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการพูดกับตัวเองด้านบวก ตามใบงานที่ 3/2 และนำเสนอภายในกลุ่ม ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจ

2.8 ผู้วิจัยให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องวิธีการมองโลกในแง่ดีตามใบความรู้ที่ 3/5 ร่วมกับการพูดคุย ชักถาม และอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม

2.9 ผู้วิจัยสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมาและปัญหา อุปสรรคในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมกันให้ข้อเสนอแนะ

2.10 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ตามใบงานที่ 3/3 และนำเสนอแผนของตนเองภายในกลุ่ม และพูดถึงความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผน รวมทั้งให้สมาชิกในกลุ่มให้ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการปฏิบัติตามแผนให้เป็นผลสำเร็จ

3. ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม

3.1 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด และการแก้ไขปัญหาที่ได้จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้

3.2 ผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ ตั้งแต่ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการและระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

3.3 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม

3.4 ผู้วิจัยให้กำลังใจ ให้คำชมเชย และให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแล

3.5 ผู้วิจัยนัดหมายผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ ระยะสร้างสัมพันธภาพ พบว่า สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการทักทายพูดคุยด้วยสหายยิ้มแย้ม แจ่มใส ทำที่เป็นกันเองและเป็นมิตร มีความคุ้นเคยสนิทสนมกันและไว้วางใจกันต่อผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มด้วยกันมากขึ้นกว่าเดิม

สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ และข้อตกลงหรือกติกาในการเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละครั้ง รวมทั้งวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมของแต่ละสัปดาห์

จากการที่ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียด และการจัดการความเครียดที่ผ่านมาพร้อมทั้งให้ทำใบงานที่ 3/1 การจัดการกับความเครียด พบว่า สมาชิกมีการจัดการความเครียดทั้งการใช้เทคนิคการคลายเครียด และการคลายเครียดโดยทั่วไป ซึ่งสมาชิกส่วนใหญ่จะใช้การจัดการความเครียดโดยการคลายเครียดโดยทั่วไป ได้แก่ การดูหนัง ฟังเพลง ไปวัด ทำบุญ ฟังเทศน์ อ่านหนังสือธรรมะ ไปร้านเสริมสวย ไปคุยกับเพื่อนที่สนิท ไปทำงานในสวน ทำงานบ้าน ออกไปเที่ยวนอกบ้าน และคุยโทรศัพท์กับญาติพี่น้อง มีสมาชิกส่วนน้อย ที่ใช้การจัดการ

ความเครียดโดยการใช้เทคนิคการคลายเครียด ได้แก่ การสวดมนต์ การออกกำลังกาย การหายใจแบบลึก และการทำสมาธิ

จากการที่ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียดและกิจกรรมการผ่อนคลายประจำวัน พบว่าสมาชิกให้ความสนใจ ตั้งใจฟัง ร่วมแสดงความคิดเห็น และเห็นความสำคัญของความเครียดและการจัดการความเครียด

จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การฝึกการหายใจแบบลึก การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ และสาธิตการฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งให้สมาชิกฟังซีดี การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การจินตนาการ และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตาม พบว่าผู้ดูแลให้ความสนใจ และร่วมมือในการปฏิบัติตามเป็นอย่างดี เมื่อฝึกปฏิบัติเสร็จแล้ว สมาชิกบอกว่า “ รู้สึกสบาย ใจก็สงบ ”

จากการที่ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การเปลี่ยนการพูดกับตัวเองด้านลบเป็นวิธีการพูดกับตัวเองด้านบวก และให้ฝึกปฏิบัติการพูดกับตัวเองด้านบวก ตามใบงานที่ 3/2 พบว่า สมาชิกให้ความสนใจ ตั้งใจฟังเป็นอย่างดี ร่วมพูดคุย และแสดงความคิดเห็น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

1) คำพูดเพื่อการเตรียมตัวเผชิญกับปัญหา

“ เราต้องสู้ ต้องอดทน ”

“ สู้ชีวิต อย่าท้อถอย อย่ายอมแพ้ ต้องแก้ไขปัญหาให้ได้ ”

“ ปัญหาทุกอย่างต้องมีทางออก ”

“ เราต้องทำได้ ”

“ เกิดมาแล้ว ปัญหาที่อยู่คู่กับชีวิต ต้องแก้ไขได้ ”

2) คำพูดเมื่อเผชิญกับภาวะเครียด

“ แข็งแรง อดทน พรุ่งนี้ต้องดีขึ้น ”

“ ต้องสู้ชีวิต ถ้ายอมแพ้ ครอบครัวเราจะอยู่ไม่ได้ ”

“ ต้องพยายามทำให้สำเร็จ ”

“ ไม่เป็นไรเรื่องแค่นี้ ”

“ ต้องทำให้ได้ เกิดมา ในชีวิตไม่มีอะไรที่ทำไม่ได้ ”

3) คำพูดเมื่อเผชิญกับความกลัว

“ เราจะต้องไม่กลัว ทำใจให้แข็งแรง ความกลัวก็หายไป ”

“ เราตัดสินใจที่จะไม่กลัว เราก็จะผ่านไปได้ ”

“ ไม่มีอะไรมากไปกว่านี้แล้ว ”

“ เราไม่กลัว เราต้องสู้ให้ชนะในวันข้างหน้า ”

4) คำพูดเพื่อให้งำลังใจและเสริมแรงตนเอง

“ วันนี้เราทำได้ ทำไมวันต่อไปจะทำไม่ได้ สู้สู้ชนะคะ ”

“ ยังมีเพื่อนอีกหลายคนที่เป็นเหมือนเรา เพียงแค่นี้ก็มีกำลังใจขึ้น ”

“ ต้องสู้ เพื่อชัยชนะในวันข้างหน้า ”

“ เราต้องเอาชนะปัญหาที่จะเกิดขึ้นให้ได้ทุกอย่าง ”

“ ต้องสู้ ทำใจให้เข้มแข็ง ”

จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องวิธีการมองโลกในแง่ดี ซึ่งสมาชิกให้ความสนใจ ตั้งใจ ฟัง และร่วมพูดคุย แสดงความคิดเห็น

จากการที่ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมในช่วงที่ผ่านมาตามใบงานที่ 2/2 พบว่า สมาชิกมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตดีขึ้น มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน มีสมาธิและสติในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้มีเวลาในการดูแลตัวเองมากขึ้นพร้อมกับดูแลผู้ป่วยไปด้วย มีเวลาพักผ่อน นอนหลับดี ใจเย็นลง สบายใจขึ้น ไม่เครียด ปล่อยวาง และมีเหตุมีผลมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ มีสติ สมาธิ ได้มีเวลาดูแลตัวเองมากขึ้นพร้อมกับดูแลลูกไปด้วย ”

“ ลดความเครียด ผ่อนคลาย รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่ปวดเมื่อย นอนหลับมากขึ้น ”

“ ทำแล้วก็สบาย มีความสุขใจดีมาก ”

และจากการสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง พบว่า ไม่มีปัญหา และอุปสรรคใดๆ

จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ตามใบงานที่ 3/3 และให้นำเสนอแผนของตนเองภายในกลุ่ม พร้อมทั้งพูดถึงความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผน และให้สมาชิกกลุ่มให้งำลังใจ รวมทั้งให้นำเสนอผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป

จากการที่ผู้วิจัยให้สมาชิกช่วยกันสรุปความรู้ในกิจกรรมนี้ พบว่า สมาชิกสามารถสรุปความรู้เกี่ยวกับความเครียด การจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และบอกความสำคัญของความเครียด และการจัดการความเครียดได้ถูกต้อง รวมทั้งสามารถสารถย้อนกลับเกี่ยวกับการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การฝึกการหายใจแบบลึก การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิได้ถูกต้อง และผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดเกี่ยวกับความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ ซึ่งมีตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ รู้สึกดีใจ และภาคภูมิใจ ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ”

“ รู้สึกดีใจ ที่ได้มาเจอกันอีก ”

“ รู้สึกสบายใจขึ้น ”

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยและวิธีการจัดการที่สร้างสรรค์

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

ผู้ดูแลสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับความความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างสร้างสรรค์

สาระสำคัญ

การให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้า และวิธีการจัดการที่สร้างสรรค์กับความรูสึกดังกล่าว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความผาสุกทางด้านจิตใจ และให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความสำเร็จในการเริ่มต้นการดูแลตนเอง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 ความรู้สึกจากการดูแลผู้ป่วยและวิธีการจัดการ
2. ใบงานที่ 4/2 แผนการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ดูแล
3. ใบความรู้ที่ 4/1 ความรู้สึกจากการดูแลผู้ป่วยและวิธีการจัดการที่สร้างสรรค์
4. ดินสอ ยางลบ

การดำเนินกิจกรรม

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธ์ภาพ

1.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆไปกับผู้ดูแล เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ

1.2 ผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมในครั้งนี้ รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม ข้อตกลงหรือกติการ่วมกันในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

2. ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม

2.1 ผู้วิจัยเกริ่นนำถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ดูแล และความสำคัญในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น

2.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับความความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้า

2.3 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำใบงานที่ 4 /1 ความรู้สึกจากการดูแลผู้ป่วยและวิธีการจัดการ พร้อมทั้งนำเสนอภายในกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่ผู้ดูแลนำเสนอ

2.4 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกโกรธความรู้สึกผิด ภาวะซึมเศร้าและวิธีการจัดการความรู้สึกดังกล่าวอย่างสร้างสรรค์ ตามใบความรู้ที่ 4/1 ความรู้สึกจากการดูแลผู้ป่วยและวิธีการจัดการที่สร้างสรรค์ ร่วมกับการพูดคุย ชักถาม และอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม

2.5 ผู้วิจัยสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมาและปัญหา อุปสรรคในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมกันให้ข้อเสนอแนะ

2.6 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ตามใบงานที่ 4/2 และนำเสนอแผนของตนเองภายในกลุ่ม และพูดถึงความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผน รวมทั้งให้สมาชิกในกลุ่มให้ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการปฏิบัติตามแผนให้เป็นผลสำเร็จ

3. ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม

3.1 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด และการแก้ไขปัญหาที่ได้จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้

3.2 ผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ ตั้งแต่ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการและระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

3.3 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม

3.4 ผู้วิจัยให้กำลังใจ ให้คำชมเชย และให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแล

3.5 ผู้วิจัยนัดหมายผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ ระยะสร้างสัมพันธภาพ พบว่า สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการทักทายพูดคุยด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส ทำที่เป็นกันเองและเป็นมิตร มีความคุ้นเคยสนิทสนมกันและไว้วางใจกันต่อผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มด้วยกันมากขึ้นกว่าเดิม

สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ และข้อตกลงหรือกติกาในการเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละครั้ง รวมทั้งวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมของแต่ละสัปดาห์

จากการที่ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้าพร้อมทั้งให้ทำใบงานที่ 4 /1 ความรู้สึกจากการดูแลผู้ป่วยและวิธีการจัดการ พบว่า สมาชิกให้ความสนใจ ให้ความร่วมมือ

ในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี และร่วมพูดคุย แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกดังกล่าว และวิธีการจัดการ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

1) วิธีการจัดการกับความรู้สึกโกรธ

- “ ทำใจให้เย็นๆ ค่อยๆคิด พยายามแผ่เมตตา สงสารเขา รักเขาให้มาก ”
- “ นิ่งเฉย ไม่โต้ตอบ ไม่ด่าว่า ทำใจไม่ให้อ่อน ทำใจให้สบาย คิดว่าเราต้องไม่โกรธ ”
- “ เดินออกห่างจากผู้ป่วยไป เดินหนี ”
- “ ช่มใจไม่ให้โกรธ วางเฉย ”
- “ ออกไปเที่ยวนอกบ้านให้พ้น เราคิดว่า เขาป่วยทางจิต ”
- “ ระบายอารมณ์ ไม่พอใจก็พูดออกไปเลย แล้วทำงานบ้าน ซักผ้า ”

2) การจัดการกับความรู้สึกผิด

- “ ทำสิ่งดีแก้ตัวใหม่ ต่อไปเราจะใจเย็นให้มากกว่านี้ ”
- “ คิดว่าไม่น่าทำเค้าเลย เค้าก็ไม่อยากเป็น นึกสงสารเค้า พยายามพาเค้ารักษาให้ถูกทาง ”

3) การจัดการภาวะซึมเศร้า

- “ หาเพื่อนคุย คิดถึงแต่สิ่งดีๆ หาอะไรทำไม่ให้ตัวเองอยู่ว่างๆ ”
- “ สวดมนต์ ไหว้พระ แล้วมันก็หาย ”
- “ ก็พยายามมองโลกในแง่ดี ทุกอย่างมันไม่เที่ยง ”
- “ ออกพบปะเพื่อนฝูง ทำงานให้ลืม เดี่ยวก็ดีขึ้น ”
- “ ต้องคิดว่า โรคนี้ไม่ได้เป็นแต่ลูกของเรา ต้องพยายามทำใจ ”
- “ เราต้องทำใจให้ชื่นบาน คุยกับเพื่อนๆ ออกกำลังกาย ”

จากการประเมิน พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่ มีวิธีการจัดการกับความรู้สึกผิดได้น้อยวิธี และผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้าพร้อมทั้งวิธีการจัดการความรู้สึกดังกล่าวอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งสมาชิกให้ความสนใจ ตั้งใจฟัง ร่วมพูดคุย และแสดงความคิดเห็นกันเป็นอย่างดี

จากการที่ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมในช่วงที่ผ่านมาตามใบงานที่ 3/3 พบว่า สมาชิกสบายใจขึ้นมาก มีความสุขดีมาก ไม่หงุดหงิด ไม่คิดมาก ไม่เครียด นอนหลับดีขึ้น มีร่างกายที่แข็งแรง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

- “ ทำแล้ว ก็รู้สึกสบายใจ ดีมาก ”
- “ ไม่เครียด นอนหลับ ”
- “ มีสติ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ”

“ มีกำลังใจดีขึ้น ไม่เบื่อหน้าที่และความรับผิดชอบ ”

“ จิตใจเบิกบาน หัวดี ตื่นเช้าสดชื่น ”

และจากการสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง พบว่า ไม่มีปัญหา และอุปสรรคใดๆ

จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ตามใบงานที่ 4/2 และให้นำเสนอแผนของตนเองภายในกลุ่ม พร้อมทั้งพูดถึงความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผน และให้สมาชิกกลุ่มให้กำลังใจ รวมทั้งให้นำเสนอผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป

จากการที่ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันสรุปความสำคัญในการจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย และวิธีจัดการจัดการกับความรูสึกอย่างสร้างสรรค์นั้น พบว่าสมาชิกสามารถสรุปได้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระหว่างผู้ดูแลกับสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้ดูแล สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว บุคคลอื่นๆในสังคม รวมทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้
2. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้ดูแล สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ในสังคม รวมทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ

สาระสำคัญ

การให้ความรู้เรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ดูแลกับสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว เพื่อให้เป็นแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกกับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับต่ำ และลดการกลับป่วยซ้ำ และยังทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึก ระหว่างคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความเข้าใจที่ตรงกันชัดเจน ฝึกการเป็นผู้ฟังที่ดี และเป็นผู้พูดที่ดี รวมทั้งคำนึงถึงความรู้สึกของผู้รับการสื่อสาร ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นๆในสังคม รวมทั้งแหล่ง

สนับสนุนทางสังคม และให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความสำเร็จในการเริ่มต้นการดูแลตนเอง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5/1 วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
2. ใบงานที่ 5/2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม
3. ใบงานที่ 5/3 แผนการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ดูแล
4. ใบความรู้ที่ 5/1 วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
5. ดินสอ ยางลบ

การดำเนินกิจกรรม

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ
 - 1.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปกับผู้ดูแล เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ
 - 1.2 ผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมในครั้งนี้ รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม ข้อตกลงหรือกติการ่วมกันในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้
2. ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม
 - 2.1 ผู้วิจัยเกริ่นนำถึงความสำคัญของการสื่อสาร
 - 2.2 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแสดงบทบาทสมมติ การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและระหว่างผู้ดูแลกับสมาชิกในครอบครัว
 - 2.3 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลคนอื่นๆภายในกลุ่มร่วมกันอภิปรายว่า เป็นวิธีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพหรือไม่ วิธีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้น มีลักษณะอย่างไรพร้อมทั้งทำใบงานที่ 5/1 วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และนำเสนอภายในกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่ผู้ดูแลนำเสนอ
 - 2.4 ผู้วิจัยให้ความรู้ เรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ดูแลกับสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว ตามใบความรู้ที่ 3/1 วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ร่วมกับการพูดคุย ชักถาม และอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม
 - 2.5 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำใบงานที่ 5/2 แหล่งสนับสนุนทางสังคมพร้อมทั้งนำเสนอภายในกลุ่มผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่ผู้ดูแลนำเสนอ
 - 2.6 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนร่วมกับการพูดคุย ชักถาม และอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม
 - 2.7 ผู้วิจัยสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมาและปัญหา อุปสรรคในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมกันให้ข้อเสนอแนะ

2.8 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ตามใบงานที่ 5/3 และนำเสนอแผนของตนเองภายในกลุ่ม และพูดถึงความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผน รวมทั้งให้สมาชิกในกลุ่มให้ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการปฏิบัติตามแผนให้เป็นผลสำเร็จ

3. ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม

3.1 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด และการแก้ไขปัญหาที่ได้จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้

3.2 ผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ ตั้งแต่ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ ระยะดำเนินการและระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม

3.3 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม

3.4 ผู้วิจัยให้กำลังใจ ให้คำชมเชย และให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแล

3.5 ผู้วิจัยนัดหมายผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ พบว่า สมาชิก มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีการทักทายพูดคุยด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส ท่าที่เป็นกันเองและเป็นมิตร มีความคุ้นเคยสนิทสนมกันและไว้วางใจกันต่อผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มด้วยกันมากขึ้นกว่าเดิม สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ และข้อตกลงหรือกติกาในการเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละครั้ง รวมทั้งวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมของแต่ละสัปดาห์

จากการที่ผู้วิจัยให้สมาชิกแสดงบทบาทสมมติ การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและระหว่างผู้ดูแลกับสมาชิกในครอบครัว และผู้วิจัยให้สมาชิกคนอื่นๆ ภายในกลุ่มร่วมกันอภิปรายว่า เป็นวิธีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพหรือไม่ วิธีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้น มีลักษณะอย่างไรพร้อมทั้งทำใบงานที่ 5/1 วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งพบว่า สมาชิกให้ความสนใจในกิจกรรม ร่วมพูดคุย แสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดี ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกในหัวข้อ ต่อไปนี้

1) พูดอย่างไรจึงจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วย

“ ต้องพูดดีๆ เท่านั้น ”

“ พูดบ่อยๆ ซ้ำๆ ก็จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้น ”

“ พูดให้น้อยที่สุด เอาแต่เนื้อๆ และพูดคุยบ่อยๆ ”

“ ต้องพูดให้นุ่มนวล พูดจาปลอบโยน และไม่พูดเสียงดัง ”

“ พูดชมเชย ให้กำลังใจ ใช้คำพูดดีๆ ซ้ำๆ อย่าเสียงดังเกินไป ”

“ อย่าพูดจาประชดประชัน ”

2) พูดอย่างไรจะเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย

“ พูดตะคอก เสียงดัง โต้ตอบ ไม่รับฟังผู้ป่วย ”

“ ไปด่าว่าผู้ป่วย เขามีอาการโกรธ และพูดจาซ้ำๆอยู่ตลอดเวลา ”

“ พูดเสียงดัง ดุด่าผู้ป่วย ”

“ พูดเร็วเกินไป ผู้ป่วยฟังไม่เข้าใจ ทำให้หงุดหงิด ”

“ พูดเสียงดัง พูดเบาๆ ”

3) การสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีลักษณะอย่างไร

“ ไม่ควรพูดดูถูกผู้อื่น ”

“ ต้องเข้าใจคำพูดของผู้พูด ”

“ ฟังเขาพูดบ้าง และพูดด้วยเหตุผล ”

“ ต้องพูดจาสุภาพ อย่าใช้อารมณ์ ”

ซึ่งจากการประเมิน พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยและผู้อื่น จากนั้นผู้วิจัยได้ให้ความรู้ เรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มเติม พบว่า สมาชิกให้ความสนใจ ตั้งใจฟังและร่วมพูดแสดงความคิดเห็นกันเป็นอย่างดี

จากการประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่ให้การดูแล ช่วยเหลือสมาชิกในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเองของผู้ดูแล ตามใบงานที่ 5/2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่า สมาชิกใช้การสื่อสาร ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ ขอความช่วยเหลือหน่อยได้ไหม ” ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมของสมาชิก ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งให้การดูแลช่วยเหลือ โดยการไปเยี่ยมบ้าน คอยดูแลสุขภาพ และให้คำแนะนำต่างๆ องค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งจะให้ช่วยเหลือเงินสนับสนุนแก่ผู้ป่วย เดือนละ 800 บาท สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จะให้การช่วยเหลือโดยพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล และให้กำลังใจผู้ป่วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จะให้การช่วยเหลือโดยโทรศัพท์ประสานงานกับตำรวจในการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และสอบถามความเป็นอยู่ของผู้ป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะให้บริการโดยฉีดยาต้านอาการทางจิตให้ผู้ป่วย เดือนละ 1 ครั้ง ให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย และเข้ารับการรักษาเวลาสมาชิกป่วย รวมทั้งการไปเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์ ซึ่งสมาชิกจะไปรับยาแทนผู้ป่วย และพาผู้ป่วยไปตรวจรักษาตามนัด ทุก 1-3 เดือน และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลผู้ป่วย วัด ซึ่งจะคอยสอนให้สมาชิกสบายใจ สมาชิกไปวัด ทำบุญ ไหว้พระ สวดมนต์ ทำให้สบายใจขึ้น นอกจากนี้ พระยังช่วยสอนผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยทำงานที่วัด และผู้วิจัยให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม เมื่อสมาชิกได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

สามารถโทรศัพท์ได้ที่เบอร์ 1669 ซึ่งให้บริการฟรีตลอด 24 ชั่วโมง และแหล่งสนับสนุนทางสังคมของ ประชาชนกระทรวงมหาด ซึ่งให้การสนับสนุนทางการเงินและวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ ในการช่วยเหลือ ผู้ป่วยและสมาชิกได้

จากการที่ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมในช่วงที่ผ่านมาตามใบงานที่ 4/2 พบว่า สมาชิกรู้สึกผ่อนคลาย ไม่เครียด ไม่กังวล ใจเย็น สบายใจขึ้น มีสติ ร่างกายสดชื่น จิตใจแจ่มใส ร่าเริง มีสมาธิขึ้น นอนหลับดี มีร่างกายที่แข็งแรง กระปรี้กระเปร่า ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ มีความสบายใจ ดีขึ้นมาก ”

“ ทำแล้วรู้สึกสบายใจมาก มีความสุขดีมาก ”

“ รู้สึกสดชื่น แจ่มใส ไม่เครียด ”

และจากการสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง พบว่า ไม่มีปัญหา และอุปสรรคใดๆ

จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ตามใบงานที่ 5/3 และให้นำเสนอแผนของตนเองภายในกลุ่ม พร้อมทั้งพูดถึงความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผน และให้สมาชิก กลุ่มให้กำลังใจ รวมทั้งให้นำเสนอผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองในกิจกรรมครั้งต่อไป

จากการที่ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้เกี่ยวกับวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วย จิตเภทและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคม พบว่า สมาชิกสามารถสรุปได้ ถูกต้องและผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ในครั้งนี้ ซึ่งมีตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ มีกำลังใจขึ้น ไม่กลัวแล้ว มีความกล้ามากขึ้น เนื่องจากมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จิตเภท การดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง ซึ่งเมื่อก่อนไม่สบายใจเลย ”

“ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในเรื่องการสื่อสาร ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ทำให้ ได้รับความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ ”

“ ได้เห็นการแสดงบทบาทสมมติ ทำให้เข้าใจเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้อื่นได้ชัดเจนขึ้น ”

“ วันนี้สบายใจขึ้นมาก ”

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 6 การสื่อสารในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารที่ถูกต้อง เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ
2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบจริงที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงวิธีการสื่อสารที่ถูกต้อง เหมาะสมในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ
2. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง จากการเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริง

สาระสำคัญ

การให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการสื่อสารที่ถูกต้อง เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสามารถให้การดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้อง เหมาะสมได้ รวมทั้งให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับตัวแบบจริงที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นวิธีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ และเห็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง มีการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้ประสบผลสำเร็จ

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 6/1 การสื่อสารในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ
2. ใบความรู้ที่ 6/1 การสื่อสารในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ
3. ตัวแบบจริง ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง
4. ดินสอ ยางลบ

การดำเนินกิจกรรม

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ
 - 1.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปกับผู้ดูแล เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ

1.2 ผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมในครั้งนี้ รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม ข้อตกลงหรือกติการ่วมกันในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

2. ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม

2.1 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ของการสื่อสารกับผู้ป่วยในขณะที่มีอาการกำเริบ

2.2 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำใบงานที่ 6/1 การสื่อสารในขณะที่มีอาการกำเริบและให้นำเสนอภายในกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่ผู้ดูแลนำเสนอ

2.3 ผู้วิจัยให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารที่ถูกต้อง เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบตามใบความรู้ที่ 6/1 การสื่อสารในขณะที่มีอาการกำเริบ ร่วมกับการพูดคุยซักถาม และอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม

2.4 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริง เกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลเรื่องการให้ยา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การจัดการความเครียดและความรู้สึกอื่นๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเอง การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ

2.5 ผู้วิจัยสอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมาและปัญหา อุปสรรคในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมกันให้ข้อเสนอแนะ

3. ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม

3.1 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด และการแก้ไขปัญหาที่ได้จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้

3.2 ผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ ตั้งแต่ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการและระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

3.3 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม

3.4 ผู้วิจัยให้กำลังใจ ให้คำชมเชย และให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแล

3.5 ผู้วิจัยนัดหมายผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

3.6 ผู้วิจัยกำกับการทดลองทันที โดยให้ผู้ดูแลทำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.7 ผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการทำแบบประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ตอบคำถามในแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ พบว่า สมาชิก มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการทักทายพูดคุยด้วยสวัสดียิ้มแย้ม แจ่มใส ท่าที่เป็นกันเองและเป็นมิตร มีความคุ้นเคยสนิทสนมกันและไว้วางใจกันต่อผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มด้วยกันมากขึ้นกว่าเดิม

สมาชิกกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม รูปแบบของกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ และข้อตกลงหรือกติกาในการเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละครั้ง รวมทั้งวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมของแต่ละสัปดาห์

จากการที่ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ของการสื่อสารกับผู้ป่วยในขณะที่มีอาการกำเริบพร้อมทั้งให้ทำใบงานที่ 6/1 การสื่อสารในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ พบว่า สมาชิกให้ความสนใจ ร่วมพูดคุย แสดงความคิดเห็น และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกในหัวข้อ ต่อไปนี้

1) พูด / สื่อสารอย่างไรในขณะที่ผู้ป่วยมีความคิดหลงผิด เช่น คิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ มีความสามารถในสิ่งที่เหนือธรรมชาติ คิดว่าตนเองเป็นเทพเจ้า เป็นผู้ยิ่งใหญ่ เป็นบุคคลสำคัญที่มีชื่อเสียง หรือหลงผิดคิดว่าผู้อื่นคิดร้ายต่อตน

“ ผู้ป่วยคิดว่าตนเองเป็นเทพ ผมบอกให้เข้าทรง ”

“ บอกกับลูกว่า ลูกมีหัวใจ มีหน้า อย่าคิดแบบนี้ ”

“ รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด แล้วเราก็พูดปลอบใจ และคุยเรื่องอื่นแทน เช่น ถ้ามัว หิวข้าวหรือยัง จะกินอะไรบ้าง ”

“ เขาก็จะบอกว่า จะมีคนมาฆ่าเขา เราก็จะบอกว่าไม่มีใคร ถ้ามีเดี๋ยวแม่จะไปจัดการให้ เขาก็ฟังดี ”

2) พูด / สื่อสารอย่างไรในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน เช่น ได้ยินเสียงในขณะที่ไม่มีเสียงนั้น เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น ได้กลิ่นที่ผู้อื่นไม่ได้กลิ่น

“ เราก็จะบอกลูกว่า ไม่มีใคร คิดไปเอง ”

“ รับฟัง ให้กำลังใจ ”

“ ไม่ต้องไปสนใจ ชวนเปิดเพลงฟัง ”

“ ก็บอกผู้ป่วยว่าเราไม่เห็นอะไร อย่าคิดไปเลย ทำใจให้ปกติเถิดลูกจ๋า บ้านเราไม่เคยมีอะไร เพราะลูกเป็นคนดีมีแต่คนรักและพูดถึง ”

“ บอกลูกว่าอย่าไปสนใจ ให้ลูกกินยาไปเรื่อยๆ เดี่ยวก็หาย ”

จากการประเมิน พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ผู้วิจัยให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ เพิ่มเติมซึ่งสมาชิกได้ร่วมพูดคุย ชักถาม และแสดงความคิดเห็น จากการประเมินกิจกรรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริงของสมาชิก เกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลเรื่องการให้ยา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การจัดการความเครียดและความรู้สึกอื่นๆที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเอง การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ พบว่า สมาชิกให้ความสนใจ และร่วมพูดคุย แสดงความคิดเห็นกับตัวแบบจริงเป็นอย่างดี เพื่อนำความรู้ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเอง ซึ่งตัวแบบจริงได้ให้ข้อคิดแก่สมาชิกดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“ ในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้นั้น ผู้ดูแลจะต้องให้ความรักกับผู้ป่วยก่อน ”

“ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนให้มากที่สุด จึงจะประสบผลสำเร็จได้ ”

จากการที่ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นภายหลังการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมในช่วงที่ผ่านมาตามใบงานที่ 4/2 พบว่า สมาชิกมีความสบายใจ ไม่เครียด คลายความกังวล นอนหลับดี มีสมาธิขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ ทำให้ร่างกายสดชื่น แข็งแรงและเรามีจิตใจสงบขึ้น ”

“ นอนหลับดี สบายทั้งตัวและใจ ”

“ สบายใจขึ้นมาก มีร่างกายที่แข็งแรงขึ้น ”

“ ทำแล้วรู้สึก แจ่มใส ดีขึ้นมาก ”

และจากการสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง พบว่า ไม่มีปัญหาและอุปสรรคใดๆ

จากการที่ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้เกี่ยวกับวิธีการสื่อสารในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและแนวทางปฏิบัติที่ตนเองนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองซึ่งได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริง พบว่า สมาชิกสามารถสรุปได้ถูกต้อง และผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด และประสบการณ์จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งมีตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ มีความเข้าใจมากขึ้น มีความรู้เพิ่มเติมหลายอย่าง ได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเอง ”

“ รู้สึกสบายใจขึ้น ดีใจ ได้ความรู้ ได้เรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลด้วยกันและได้รับกำลังใจ ”

“ รู้สึกสบายใจ ได้ปฏิบัติตามที่ได้รับความรู้ แล้วรู้สึกดีขึ้น ”

“ พยายามให้เกียรติผู้ดูแล ให้ความสนใจผู้ดูแล เหมือนกับผู้ดูแลได้รับการดูแลเหมือนกัน ”

“ ผู้ดูแลรู้สึกเหมือนกับไม่ได้ถูกทอดทิ้งจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ”

“ ทางราชการไม่ได้ทอดทิ้งผู้ดูแล และผู้ป่วย ”

“ ขอขอบคุณผู้วิจัยที่ให้ความกระจ่างในความรู้ ”

ผู้วิจัยให้กำลังใจ ให้คำชมเชย ให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแลและสนับสนุนให้นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมตลอด 3 สัปดาห์ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความรู้สึกการเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย

2.3 การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันทีภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในกิจกรรมที่ 6 สัปดาห์ที่ 3 โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามในแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งกำหนดให้ระดับคะแนนอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงขึ้นไป โดยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองภายหลังจากได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 5.00 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3.67 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 73.40 ซึ่งถือได้ว่าภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตารางที่ 4 คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล (n = 20)

คนที่	คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วย	การแปลผล
1	5.00	ระดับสูง
2	5.00	ระดับสูง
3	4.60	ระดับสูง
4	3.90	ระดับค่อนข้างสูง
5	3.95	ระดับค่อนข้างสูง
6	4.80	ระดับสูง
7	4.55	ระดับสูง
8	4.65	ระดับสูง
9	4.40	ระดับค่อนข้างสูง
10	4.90	ระดับสูง
11	4.50	ระดับสูง
12	4.85	ระดับสูง
13	4.00	ระดับค่อนข้างสูง
14	4.70	ระดับสูง
15	4.35	ระดับค่อนข้างสูง
16	4.15	ระดับค่อนข้างสูง
17	4.15	ระดับค่อนข้างสูง
18	5.00	ระดับสูง
19	4.50	ระดับสูง
20	3.67	ระดับค่อนข้างสูง

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 5.00 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3.67 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 73.40 ซึ่งถือได้ว่าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งกำหนดให้คะแนนอยู่ในระดับค่อนข้างสูงขึ้นไป

3. ชั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล โดยให้ตอบคำถามในแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

3.1.1 ผู้วิจัยประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามในแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1.2 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันทีภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในกิจกรรมที่ 6 สัปดาห์ที่ 3 โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามในแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1.3 ผู้วิจัยประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งประเมินภายหลังจากที่สิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมไปแล้ว 1 สัปดาห์ โดยให้ตอบคำถามในแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test)

3.1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ

3.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามในแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2.2 ผู้วิจัยประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 4 โดยให้ตอบคำถามในแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test)

3.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

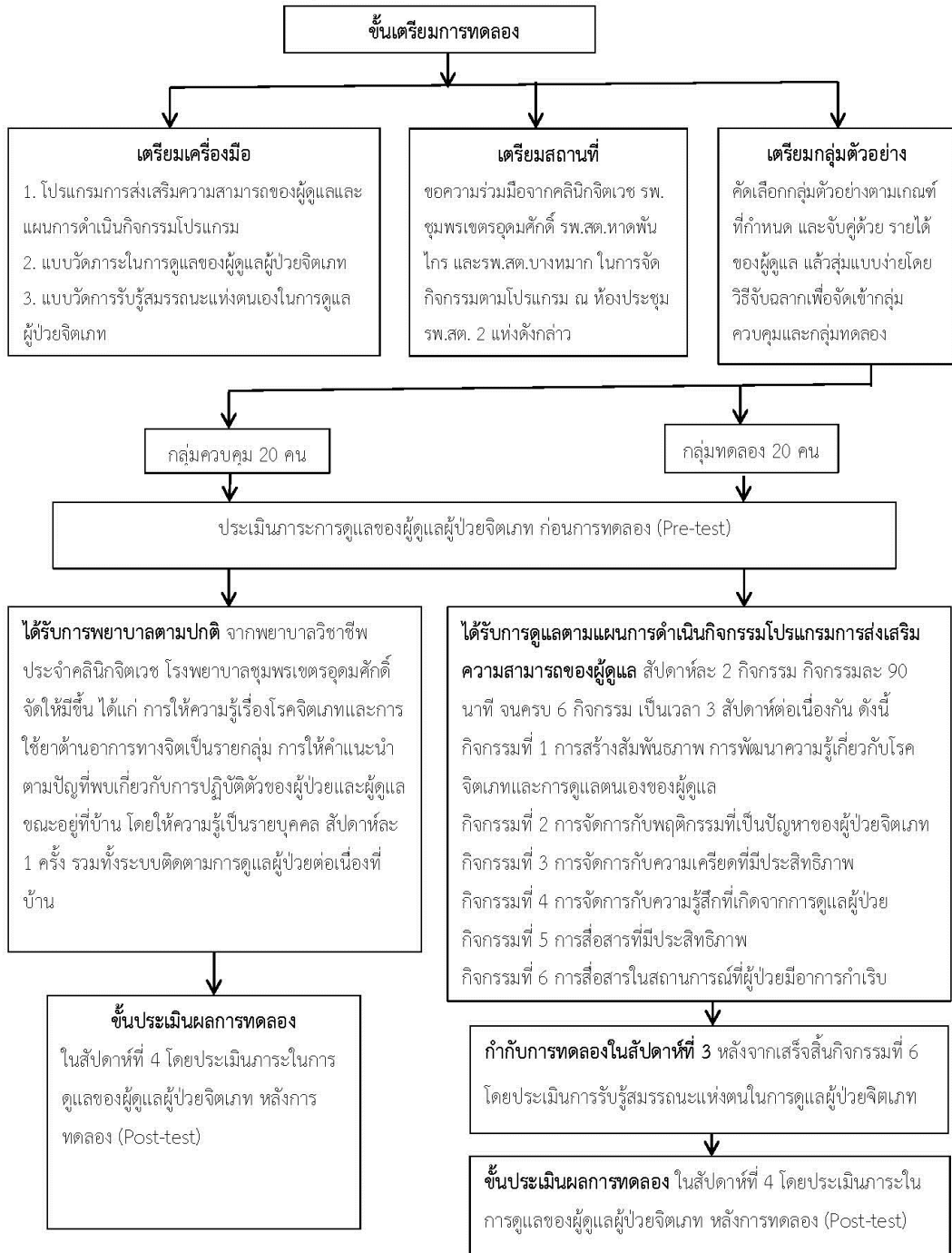
3.2.4 ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เหมือนกับที่กลุ่มทดลองได้รับ และให้คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง และกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ และดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนการทดสอบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนการทดสอบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ดำเนินการวิจัยแบบศึกษาสองกลุ่ม วัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล และเปรียบเทียบภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน ที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดเรื้อรังและดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอาการหลงเหลือของโรค โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion criteria) จำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched-pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องราวได้ของผู้ดูแล (บุบผา ธนิกกุล, 2555) จากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายโดยวิธีจับฉลาก เพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีการวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (The Pretest-Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตาราง ประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และระดับการศึกษา (n=40)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	เพศ					
ชาย	4	20	4	20	8	20
หญิง	16	80	16	80	32	80
อายุ						
30-39 ปี	1	5	1	5	2	5
40-49 ปี	3	15	5	25	8	20
50-59 ปี	3	15	5	25	8	20
60 ปีขึ้นไป	13	65	9	45	22	55
(อายุเฉลี่ย(\bar{X}) = 57.63 ปี, S.D = 10.93)						
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	17	85	12	60	29	72.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	15	3	15	6	15
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0	0	3	15	3	7.50
ปริญญาตรี	0	0	2	10	2	5

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 65 และ 45 ตามลำดับ และทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 85 และ 60 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม สถานภาพการสมรส อาชีพ และรายได้ (n=40)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	สถานภาพการสมรส					
โสด	0	0	2	10	2	5
คู่	15	75	15	75	30	75
หม้าย	3	15	3	15	6	15
หย่า	2	10	0	0	2	5
อาชีพ						
เกษตรกร	12	60	10	50	22	55
รับจ้างทั่วไป	5	25	2	10	7	17.50
รับจ้างบริษัทเอกชน	0	0	3	15	3	7.50
ค้าขาย	1	5	2	10	3	7.50
อยู่บ้านเฉยๆ/แม่บ้าน	2	10	2	10	4	10
อื่นๆ	0	0	1	5	1	2.50
รายได้						
ต่ำกว่า 2,500 บาท	2	10	2	10	4	10
2,501-5,000 บาท	3	15	3	15	6	15
5,001-7,500 บาท	3	15	3	15	6	15
7,501-10,000 บาท	5	25	5	25	10	25
มากกว่า 10,000 บาท	7	35	7	35	14	35

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75 เท่ากัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 60 และ 50 ตามลำดับ และทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 35 เท่ากัน

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (n=40)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย						
2-5 ปี	2	10	5	25	7	17.50
6-10 ปี	7	35	10	50	17	42.50
มากกว่า 10 ปี	11	55	5	25	16	40
(ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย \bar{X}) = 11.55 ปี, S.D = 8.04)						
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
บิดา	3	15	3	15	6	15
มารดา	12	60	7	35	19	47.50
ภรรยา	2	10	3	15	5	12.50
พี่	0	0	2	10	2	5
น้อง	3	15	2	10	5	12.50
บุตร	0	0	1	5	1	2.50
ลูกสะใภ้ / พี่เขย	0	0	2	10	2	5

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะมารดา คิดเป็นร้อยละ 60 และ 35 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

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

คนที่	คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ป่วย ภาระโดยรวมและรายด้าน						ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย ภาระโดยรวมและรายด้าน		
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม
1	3.83	2.75	3.29	1.17	1.00	1.09	-2.66	-1.75	-2.20
2	2.50	2.83	2.67	1.50	1.58	1.54	-1.00	-1.29	-1.13
3	4.42	2.92	3.67	1.92	1.50	1.71	-2.50	-1.42	-1.96
4	4.25	4.67	4.46	1.92	1.92	1.92	-2.33	-2.75	-2.54
5	2.92	2.58	2.75	1.92	1.83	1.88	-1.00	-0.75	-0.87
6	4.17	3.08	3.63	1.75	1.25	1.50	-2.42	-1.83	-2.13
7	3.42	2.92	3.17	1.83	1.42	1.63	-1.59	-1.50	-1.54
8	3.25	3.58	3.42	1.67	1.92	1.80	-1.58	-1.66	-1.62
9	2.75	2.83	2.79	1.50	1.58	1.54	-1.25	-1.25	-1.25
10	2.92	2.75	2.84	1.67	1.75	1.71	-1.25	-1.00	-1.13
11	3.08	2.83	2.96	1.58	1.58	1.58	-1.50	-1.25	-1.38
12	3.25	2.67	2.96	1.83	1.25	1.54	-1.42	-1.42	-1.42
13	3.75	2.67	3.21	1.92	1.58	1.75	-1.83	-1.09	-1.46
14	2.92	2.83	2.88	1.67	1.58	1.63	-1.25	-1.25	-1.25
15	3.58	2.75	3.17	2.08	1.50	1.79	-1.50	-1.25	-1.92
16	3.25	2.67	2.96	1.83	1.92	1.88	-1.42	-0.75	-1.08
17	3.92	3.17	3.55	1.75	1.50	1.63	-2.17	-1.67	-1.92
18	2.83	2.50	2.67	2.17	1.67	1.92	-0.66	-0.83	-0.75
19	3.08	3.25	3.17	1.75	1.58	1.67	-1.33	-1.67	-1.50
20	2.58	2.83	2.71	1.83	1.75	1.79	-0.75	-1.08	-0.92
\bar{X}	3.33	2.95	3.15	1.76	1.58	1.68	-1.57	-1.37	-1.50

จากตารางที่ 8 ภายหลังจากทดลอง พบว่า

- 1) ภาระเชิงอัตนัยลดลง โดยที่คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลเชิงอัตนัยลดลงจาก 3.33 เป็น 1.76 และลดลงโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.57 โดยลดลงทั้ง 20 คน
- 2) ภาระเชิงปรนัยลดลง โดยที่คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลเชิงปรนัยลดลงจาก 2.95 เป็น 1.58 และลดลงโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.37 โดยลดลงทั้ง 20 คน
- 3) ภาระการดูแลโดยรวมลดลง โดยที่คะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวมลดลงจาก 3.15 เป็น 1.68 และลดลงโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.50 โดยลดลงทั้ง 20 คน



ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) โดยรวมและรายด้าน

คนที่	คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ป่วย ภาวะโดยรวมและรายด้าน						ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย ภาวะโดยรวมและรายด้าน		
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม
1	2.75	2.67	2.71	3.17	2.33	2.7	0.42	-0.34	0.04
2	3.00	3.00	3.00	3.17	3.00	3.09	0.17	0.00	0.09
3	2.67	3.17	2.92	3.25	2.00	2.6	0.58	-1.17	-0.29
4	3.67	3.67	3.67	3.67	2.42	3.05	0.00	-1.25	-0.62
5	3.08	2.58	2.83	2.92	3.83	3.38	-0.16	1.25	0.55
6	3.08	3.17	3.13	2.83	2.42	2.63	-0.25	-0.75	-0.50
7	3.25	3.17	3.21	3.00	3.00	3.00	-0.25	-0.17	-0.21
8	3.75	4.25	4.00	3.92	3.92	3.92	0.17	-0.33	-0.08
9	3.58	2.08	2.83	3.17	2.58	2.88	-0.41	0.50	0.05
10	3.42	3.25	3.34	3.08	3.25	3.17	-0.34	0.00	-0.17
11	2.50	2.75	2.63	3.75	2.67	3.21	1.25	-0.08	0.58
12	3.83	2.50	3.17	2.58	2.75	2.67	-1.25	0.25	-0.50
13	3.08	2.50	2.79	2.92	2.75	2.84	-0.16	0.25	0.05
14	3.67	2.50	3.09	2.58	2.58	2.58	-1.09	0.08	-0.51
15	2.75	2.50	2.63	3.25	3.25	3.25	0.50	0.75	0.62
16	3.17	2.42	2.80	2.75	2.50	2.63	-0.42	0.08	-0.17
17	3.00	2.17	2.59	3.33	2.58	2.96	0.33	0.41	0.37
18	3.08	3.75	3.42	2.50	2.33	2.42	-0.58	-1.42	-1.00
19	3.58	2.25	2.93	3.33	3.17	3.25	-0.25	0.92	0.32
20	3.00	3.00	3.00	2.92	2.67	2.80	-0.08	-0.33	-0.20
\bar{X}	3.20	2.87	3.03	3.10	2.80	2.96	-0.43	-0.52	-0.35

จากตารางที่ 9 ภายหลังจากทดลอง พบว่า

1) ภาระเชิงอัตนัยลดลง โดยที่คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลเชิงอัตนัยลดลงจาก 3.20 เป็น 3.10 และลดลงโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.43 โดยลดลงจำนวน 12 คน เพิ่มขึ้นจำนวน 7 คน และเท่าเดิมจำนวน 1 คน

2) ภาระเชิงปรนัยลดลง โดยที่คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลเชิงปรนัยลดลงจาก 2.87 เป็น 2.80 และลดลงโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.52 โดยลดลงจำนวน 9 คน เพิ่มขึ้นจำนวน 9 คน และเท่าเดิมจำนวน 2 คน

3) ภาระการดูแลโดยรวมลดลง โดยที่คะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวมลดลงจาก 3.03 เป็น 2.96 และลดลงโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.35 โดยลดลงจำนวน 11 คน เพิ่มขึ้นจำนวน 9 คน



ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล (n=20)

ภาวะการดูแลผู้ป่วยโดยรวม และรายด้าน	คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลผู้ป่วย		df	t	p-value
	\bar{X}	S.D.			
ภาวะโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	3.15	0.44	19	-13.89	0.00
หลังการทดลอง	1.68	0.19			
ภาวะเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	3.33	0.57	19	-12.15	0.00
หลังการทดลอง	1.76	0.22			
ภาวะเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	2.95	0.47	19	-13.40	0.00
หลังการทดลอง	1.58	0.24			

จากตารางที่ 10 พบว่า ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองทั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย หลังการทดลอง ($\bar{X} = 1.68, 1.76$ และ 1.58 ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.15, 3.33$ และ 2.95 ตามลำดับ)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

ภาวะการดูแลผู้ป่วยโดยรวม และรายด้าน	คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลผู้ป่วย		df	t	p-value
	\bar{X}	S.D.			
ภาวะโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	3.03	0.36	19	-0.82	0.42
หลังการทดลอง	2.96	0.35			
ภาวะเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	3.20	0.39	19	-0.72	0.48
หลังการทดลอง	3.10	0.38			
ภาวะเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	2.87	0.57	19	-0.43	0.67
หลังการทดลอง	2.80	0.49			

จากตารางที่ 11 พบว่า ในกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองทั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย หลังการทดลอง ($\bar{X} = 2.96, 3.10$ และ 2.80 ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.03, 3.20$ และ 2.87 ตามลำดับ)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนเฉลี่ย	คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลผู้ป่วย							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	\bar{X}	S.D.	df	t	\bar{X}	S.D.	df	t
ภาวะโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	3.15	0.44	38	0.88	1.68	0.19	38	-14.33*
กลุ่มควบคุม	3.03	0.36			2.96	0.35		
ภาวะเชิงอัตนัย								
กลุ่มทดลอง	3.33	0.57	38	0.90	1.76	0.22	38	-13.56*
กลุ่มควบคุม	3.20	0.39			3.10	0.38		
ภาวะเชิงปรนัย								
กลุ่มทดลอง	2.95	0.47	38	0.52	1.58	0.24	38	-9.98*
กลุ่มควบคุม	2.87	0.57			2.80	0.49		

(* p < .05)

จากตารางที่ 12 พบว่า ภายหลังจากการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัยหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (\bar{X} = 1.68, 1.76 และ 1.58 ตามลำดับ) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (\bar{X} = 2.96, 3.10 และ 2.80 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ดำเนินการวิจัยแบบศึกษาสองกลุ่ม วัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (Two Groups Pretest-Posttest Randomized Control Group Design) (Polit and Hungler, 1999) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ตัวแปรตาม คือ ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล
2. ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์ และเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน ที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดเรื้อรังและดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอาการหลงเหลือของโรค โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติในการคัดเลือก (Inclusion criteria) จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะกับการวิจัยแบบทดลอง ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอให้ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติคือ ควรมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่สุดจำนวน 30 คน โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Burns and Grove, 2001) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากโปรแกรมการสร้างพลังความสามารถตามแนวคิดของ Schmall et al. (2000)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Montgomery et al.(1985) ที่ปรับปรุงโดย บุษผา ธนิกกุล (2555)
3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง คือ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Bandura (1986) ที่ปรับปรุงโดย สุนันทา นวลเจริญ (2554)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากโปรแกรมการสร้างพลังความสามารถตามแนวคิดของ Schmall et al. (2000) ร่วมกับการใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มในกลุ่มทดลอง 20 คน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม นาน 3 สัปดาห์ ต่อเนื่องกัน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 4 การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 5 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 6 การสื่อสารในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้วิจัยนำแผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลที่สร้างขึ้นและผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ จากนั้นผู้วิจัยแก้ไขแผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 3 คน โดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำแผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลไปใช้ ในด้านความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของระยะเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น และปรับปรุงให้สมบูรณ์อีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ที่ปรับปรุงโดย บุบผา ธนิกกุล (2555) ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 มิติ ได้แก่ ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และได้ปรับปรุงเนื้อหาให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา ซึ่งการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยรวมเท่ากับ 0.92 และแยกเป็นรายมิติ คือ ภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากันคือ 0.92 และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาจริง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มเดียวกับที่วิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อหาค่าความเที่ยงตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยรวมเท่ากับ 0.91 และแยกเป็นรายมิติ คือ ภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.75 และ 0.91 ตามลำดับ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Bandura (1986) ที่ปรับปรุงโดย สุนันทา นวลเจริญ (2554) มีข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งแบบวัดนี้มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มั่นใจมากที่สุดถึงน้อยที่สุด ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาภาษาที่ใช้ และได้ปรับปรุงเนื้อหาให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา ซึ่งการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 1 และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาจริง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อหาค่าความเที่ยงตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.87

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความรู้ สังเกตการณ์การทำกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท และฝึกทักษะการทำกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.2 ผู้วิจัยสร้างโครงสร้างโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล และคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย จากนั้นนำไปตรวจสอบคุณภาพโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทุกชุด

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม

การวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2558

1.4 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

1.5 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ในการขอใช้สถานที่ ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.6 ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.7 ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดพันไกรและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร เพื่อขอใช้สถานที่ในการดำเนินการทดลองของกลุ่มทดลอง

1.8 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จากนั้นดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติในการคัดเข้า และให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในแบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 82 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 44 คน

1.9 ผู้วิจัยได้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออีก 4 คน ซึ่งไม่สามารถจับคู่ด้วยรายได้ได้ โดยให้ข้อมูลว่าเกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งในการขอความช่วยเหลือ/คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลตนเอง

1.10 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อชี้แจงจนเข้าใจดีแล้ว จึงขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อ

ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ ในการดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.11 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ (Control of Extraneous Variables) ซึ่งจากผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รายได้ของผู้ดูแล เป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล (ขนาน หัสศิริ, 2537; ภัทรอำไพ พัฒนานนท์, 2544; รจนา ปุณโณทก, 2550; Montgomery et al., 1985; Chien, Chan and Morrissey, 2007) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีจับคู่ (Matched-pair) ด้วยรายได้ของผู้ดูแล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่เหมือนกันเป็นคู่ๆ รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 คู่

1.12 ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ละคู่ที่มีคุณสมบัติเหมือนกัน เท่าเทียมกันด้านรายได้ เพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีจับฉลากจำนวน 20 คู่ ซึ่งคนที่ผู้วิจัยจับฉลากได้จะเป็นกลุ่มทดลอง ส่วนที่ไม่ได้จับฉลากเลือกจะเข้าเป็นกลุ่มควบคุม

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คนโดยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1-3 จะได้รับการพยาบาลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทเป็นรายกลุ่ม การใช้ยาต้านอาการทางจิต การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านตามปัญหาที่พบเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย ดังนี้ กลุ่มที่ 1 จำนวน 11 คน กลุ่มที่ 2 จำนวน 9 คน และดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดพันไกร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก โดยดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จนครบ 6 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันทีโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด ซึ่งกำหนดให้ระดับคะแนนอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงขึ้นไป (คะแนน 3.50-5.00) จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หากคะแนนไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะให้ความรู้และเสริมกิจกรรมในส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ จากนั้นจึงทำการประเมินซ้ำจนผ่านเกณฑ์

3. ชั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล โดยให้ตอบคำถามในแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

3.1.1 ผู้วิจัยประเมินการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามในแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1.2 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันทีภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในกิจกรรมที่ 6 สัปดาห์ที่ 3 โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามในแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1.3 ผู้วิจัยประเมินการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งประเมินภายหลังจากที่สิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมไปแล้ว 1 สัปดาห์ โดยให้ตอบคำถามในแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test)

3.1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ

3.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยประเมินการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามในแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2.2 ผู้วิจัยประเมินการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 4 โดยให้ตอบคำถามในแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test)

3.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.2.4 ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เหมือนกับที่กลุ่มทดลองได้รับ และให้คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง และกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ และดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีการดูแลทั้งสองด้าน คือ การเชิงอัตนัยและการเชิงปรนัย ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล

2. หลังการทดลอง พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การดูแลทั้งสองด้าน คือ การเชิงอัตนัยและการเชิงปรนัย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัย สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลมีผลทำให้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากัน มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 65 และ 45 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 85 และ 60 ตามลำดับ มีสถานภาพการสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75 เท่ากัน มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 60 และ 50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 35 เท่ากัน และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะมารดา คิดเป็นร้อยละ 60 และ 35 ตามลำดับ

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพการสมรสคู่ และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะมารดา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรัก ความผูกพันของมารดาที่คอยเป็นห่วงลูกเสมอ เป็นลักษณะโดยธรรมชาติของความเป็นแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Caqueo-Urizar et al (2011) ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาของผู้ป่วยจิตเภท สำหรับอายุของผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 65 และ 45 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Robinson and Yates (1994) ที่พบว่าผู้ดูแลมีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 76 สำหรับระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 6-10 ปี ซึ่งถือว่าให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย มีความสงสาร เห็นใจ เข้าใจ ยอมรับ และเอาใจใส่ผู้ป่วย รวมทั้งมีความเสียสละ อดทน ในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังนานกว่า 2 ปี จะมีผลทำให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแล ธรรมชาติของโรค มีทักษะในการเผชิญปัญหา และหาทางออกได้ดีขึ้นกว่าการดูแลในระยะที่สั้นกว่า ขณะเดียวกันก็เริ่มทำใจได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ให้อภัยต่อพฤติกรรมผิดปกติที่ยังคงมีอยู่ในผู้ป่วยจิตเภท มีแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ และการได้รับการดูแลช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีทางออกในการแก้ไขปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วยได้ เกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลลดลง นอกจากนี้จากการศึกษาของ Doombos (2002) พบว่า ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า

รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ วิธีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไป กิจกรรมในสังคมและการพักผ่อนน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yikikan et al. (2014) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานจะมีอัตราของความเครียดสูง การเป็นภาระ การเจ็บป่วยทางจิต และผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง

ตอนที่ 2 ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อที่ตั้งไว้ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาระการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

1.1 คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงอัตนัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากภาระการดูแลเชิงอัตนัยตามแนวคิดของ Montgomery et al (1985) หมายถึง เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกริยาการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแล เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความเครียด ความรู้สึกเป็นทุกข์ ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกหวาดกลัว ความรู้สึกวิตกกังวล ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้า ซึ่งกิจกรรมต่างๆในโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล สามารถช่วยลดภาระด้านนี้ได้ อาทิเช่น

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเองของผู้ดูแล ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล และระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัยและผู้ดูแลด้วยกัน ผลที่ตามมาคือ สมาชิกกล้าเปิดเผยตนเอง กล้าพูดระบายความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเอง ทำให้สามารถซักถาม และทำความเข้าใจข้อมูลต่างๆได้ถูกต้อง (Marram, 1978) ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกทั้งในด้านบวกและด้านลบเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกับบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกับตน ซึ่งเป็นกลวิธีที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่า ตนเองไม่ได้อยู่คนเดียวตามลำพัง แต่ยังมีผู้ดูแลคนอื่น ๆ อีกหลายๆ คนในกลุ่มซึ่งมีปัญหาคคล้ายคลึงกับตนเอง ช่วยคลายความกังวล และความรู้สึกผิด ส่งผลให้ภาระการดูแลเชิงอัตนัยลดลง (Montgomery et al., 1985) ผู้วิจัยยังได้อธิบาย

ชี้ให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการทำบทบาทผู้ดูแล ซึ่งเป็นการส่งเสริมบทบาทผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลเห็นคุณค่าและความสำคัญของตนเองที่มีต่อบทบาทผู้ดูแล ทำให้เกิดพลังความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีผลทำให้ลดความเครียดจากการดูแลได้ (บุบผา ธนิกกุล, 2555) ส่งผลให้การรับรู้ภาวะเชิงอัตนัยลดลง (บุบผา ธนิกกุล, 2555; สุณีย์ แสงดาว, 2555) และผู้วิจัยสร้างแรงจูงใจในการทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง โดยชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) และเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การปรับตัว และการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยลดลง (จิราพร รักการ, 2549, ขนิษฐา สุขทอง, 2555) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภท และผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท เกิดการยอมรับผู้ป่วยและบทบาทการดูแล รวมทั้งมีความพร้อมในการเผชิญปัญหา (จิราพร รักการ, 2549; Caqueo-Urizar et al., 2011) และเชื่อว่าตนมีความสามารถในการดูแลและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ปัญหาและความเครียดในการดูแลลดลง ส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยลดลง (Chien, 2008; Chan et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Caqueo-Urizar et al (2011) ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทแก่ผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ทำให้การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยทำได้ง่ายขึ้น ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ช่วยลดความวิตกกังวล และความรู้สึกเป็นตราบาป ส่งผลให้การรับรู้ภาวะเชิงอัตนัยลดลง รวมทั้งผู้วิจัยยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลในขณะที่ทำบทบาทการดูแลผู้ป่วย อาทิเช่น การรับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ และการออกกำลังกาย (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) ซึ่งช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและช่วยลดความเครียด เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งสุขภาพดี ทำให้มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ (Won et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม สามารถลดภาวะการดูแลและเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Savundranayagam et al. (2011) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมการสร้างพลังความสามารถซึ่งให้ผู้ดูแลมีการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพร่างกาย จะเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้สูงขึ้น และลดความเครียดในผู้ดูแลลง ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยลดลง

กิจกรรมที่ 3 การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมนี้ผู้วิจัยเกริ่นนำถึงความเครียดต่างๆ ไปเพื่อให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญของความเครียดและการจัดการความเครียด และผู้วิจัยให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด สัญญาณเตือนของความเครียด ผลจากปฏิกิริยาการตอบสนองที่มีต่อความเครียด ระดับของความเครียด ขั้นตอนสู่การควบคุมความเครียด และการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การฝึกการหายใจแบบลึก การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ และการทำสมาธิเบื้องต้น พร้อมทั้งสาธิตการฝึกปฏิบัติ และให้ผู้ดูแลฟังซีดีการจัดการความเครียดโดยการใช้เทคนิคการคลายเครียด ซึ่งจะช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดได้ลึกกว่าการคลายเครียดโดยทั่วไป ได้แก่ การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจแบบลึก และการจินตนาการ พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตาม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีแนวทาง มีทักษะ และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับความเครียดที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการปรับตัวที่ดีขึ้น และพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen and Will, 1985) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ลดความเครียดซึ่งเป็นภาระเชิงอัตนัยได้ (จิราพร รักการ, 2549; ขนิษฐา สุขทอง, 2555; Savundranayagam et al., 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lim and Ahn (2003) ที่พบว่า การใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพสามารถลดภาระเชิงอัตนัยได้ และผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนการพูดกับตัวเองด้านลบเป็นวิธีการพูดกับตัวเองด้านบวกพร้อมทั้งฝึกปฏิบัติ ซึ่งเป็นการปรับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อลดหรือบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น และใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างสูงสุด รวมทั้งลดความเครียดได้ (Braiker, 1989) ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลเชิงอัตนัยลดลง (Montgomery et al., 1985; Savundranayagam et al., 2011) และให้ความรู้เรื่องวิธีการมองโลกในแง่ดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับความเครียด มีความมั่นใจ และมีความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย (Kuhn et al., 2003) ส่งผลให้ภาระการดูแลเชิงอัตนัยลดลง (Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 4 การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้เกริ่นนำถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ดูแล และความสำคัญในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้า และผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยและวิธีการจัดการความรู้สึกดังกล่าวอย่างสร้างสรรค์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น มีความผูกพันทางด้านจิตใจ (Boise et al., 2005; Won et al., 2008) ส่งผลให้สามารถลดภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแลได้ (Montgomery et al., 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Boise et al. (2005) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมการสร้างพลังความสามารถ ซึ่งเป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาราย

กลุ่ม ทำให้ผู้ดูแลมีความผาสุกทางด้านจิตใจ มีความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kane et al. (1990) ที่พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา ผู้นำกลุ่มจะให้คำอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกิดจากอาการของผู้ป่วย ให้คำแนะนำถึงการลดสิ่งกระตุ้นในการกลับป่วยซ้ำ และให้ข้อมูลที่มีคุณภาพซึ่งให้ความช่วยเหลือที่ตรงกับปัญหาของผู้ดูแล และผู้ดูแลจะได้รับคำตอบทั้งหมดตามที่ตนต้องการทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยลดลง (Montgomery et al., 1985)

1.2 คณะนอญเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงปรนัย พบว่า ภายหลังกัได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากภาระการดูแลเชิงปรนัยตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) หมายถึง เป็นเหตุการณ์ที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน เป็นความยากลำบากของผู้ดูแล ที่เกิดจากหน้าทีความรับผิดชอบ เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระส่วนตัวลดลง การมีเวลาทำกิจกรรมร่วมกับสังคมลดลง การมีสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกครอบครัวลดลง มีปัญหาหน้าทีการทำงาน และปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมต่างๆในโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล สามารถช่วยลดภาระด้านนี้ได้ อาทิเช่น

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเองของผู้ดูแล ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล และระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัยและผู้ดูแลด้วยกัน ผลที่ตามมาคือ สมาชิกกล้าเปิดเผยตนเอง กล้าพูดระบายความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเอง ทำให้สามารถซักถามและทำความเข้าใจข้อมูลต่างๆได้ถูกต้อง (Marram, 1978) ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้อธิบายชี้ให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการทำบทบาทผู้ดูแล ซึ่งเป็นการส่งเสริมบทบาทผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลเห็นคุณค่าและความสำคัญของตนเองที่มีต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล ทำให้เกิดพลังความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การรับรู้ภาระเชิงปรนัยลดลง (บุบผา ธนิกกุล, 2555; สุณีย์ แสงดาว, 2555) และผู้วิจัยสร้างแรงจูงใจในการทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง โดยชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) และเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การปรับตัว และการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้ภาระการดูแลเชิงปรนัยลดลง (จิราพร รักการ, 2549, ขนิษฐา สุขทอง, 2555) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภท และผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท เกิดการยอมรับผู้ป่วยและบทบาทการดูแล รวมทั้งมีความพร้อมในการเผชิญปัญหา (จิราพร รักการ, 2549; Caqueo-Urizar et al., 2011) และเชื่อว่าตนมีความสามารถในการ

ดูแลและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ปัญหาและความเครียดในการดูแลลดลง ส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลเชิงประนีประนอมลดลง (Chien, 2008; Chan et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chan et al (2009) ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทแก่ผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลเป็นผู้เริ่มต้นการมีปฏิสัมพันธ์และให้ความร่วมมือกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การรับรู้ภาวะเชิงประนีประนอมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Paranthaman (2010) ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทจะช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้รับรู้ภาวะเชิงประนีประนอมลดลง รวมทั้งผู้วิจัยยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลในขณะที่ทำบทบาทการดูแลผู้ป่วย อาทิเช่น การรับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ และการออกกำลังกาย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ซึ่งช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและช่วยลดความเครียด เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ทำให้มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ (Won et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม สามารถลดภาวะการดูแลและเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Savundranayagam et al. (2011) ที่พบว่า การดูแลตนเองของผู้ดูแลทางด้านสุขภาพร่างกาย จะเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้สูงขึ้น ส่งผลให้ภาวะเชิงประนีประนอมลดลง

กิจกรรมที่ 2 การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท
 กิจกรรมนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยที่พบจากการดูแล และให้ระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหา พร้อมทั้งวิธีการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการ เพื่อให้ผู้ดูแลมีแนวทาง มีความมั่นใจ สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกลับป่วยซ้ำ (จิราพร รักการ, 2549; Chien, 2008; Chan et al., 2009) ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลเชิงประนีประนอมลดลง (Montgomery et al., 1985; Paranthaman et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) ที่พบว่า การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ผู้ดูแลทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้การรับรู้ภาวะเชิงประนีประนอมลดลง

กิจกรรมที่ 5 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมนี้ผู้วิจัยเกริ่นนำถึงความสำคัญของการสื่อสาร การให้ผู้ดูแลแสดงบทบาทสมมติ การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและระหว่างผู้ดูแลกับสมาชิกในครอบครัว และให้ผู้ดูแลคนอื่นๆ ภายในกลุ่มร่วมกันอภิปรายว่า เป็นวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพหรือไม่ วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้นมีลักษณะอย่างไร และผู้วิจัยให้ความรู้ เรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับต่ำ และลดการกลับป่วยซ้ำ (Brown et al., 1972 อ้างถึงใน จิราพร รักรการ, 2549; Anderson et al., 1980; 1986) และยังทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึกระหว่างคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจากสมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ในสังคม รวมทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ความสามารถของตนเอง และสามารถใช้ในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้ ส่งผลให้รับรู้ภาวะเชิงปรณียลดลง (Montgomery et al., 1985) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Savundranayagam et al. (2011) ที่พบว่า การใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับปัญหาการดูแล จึงช่วยลดความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความเป็นอิสระและมีเวลาเป็นส่วนตัวในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง สำหรับแง่มุมอื่นๆ ในชีวิตของผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลมีความสมดุลในชีวิต ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะเชิงปรณียลดลง และผู้วิจัยให้ผู้ดูแลนำเสนอแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ให้การดูแลช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองจากสังคมนอกข้างในปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ ทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) ส่งผลให้การรับรู้ภาวะเชิงปรณียลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chien, Chan and Morrissey (2007) ที่พบว่า ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังอยู่ในระดับสูง และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของภาวะของผู้ดูแล ซึ่งอธิบายได้ว่า หากผู้ดูแลขาดการสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลให้รับรู้ภาวะการดูแลในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุณีย์ แสงดาว (2555) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลให้รับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยลดลง

กิจกรรมที่ 6 การสื่อสารในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ กิจกรรมนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ของการสื่อสารกับผู้ป่วยในขณะที่มีอาการกำเริบและให้นำเสนอภายในกลุ่ม ผู้วิจัยให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ เพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุมเพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงความ

ผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสามารถให้การดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้อง เหมาะสมได้ ซึ่งจะช่วยให้ ภาระการดูแลเชิงประนัยลดลง (Savundranayagam et al., 2011) และผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยน เรียนรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลเรื่องการให้ยา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การ จัดการความเครียดและความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเอง การจัดการ พฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ผ่านตัวแบบ จริงซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย เป็นวิธีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการ เรียนรู้ และเห็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเอง มีการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้ อย่างเหมาะสม และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและดูแล ตนเองได้ประสบผลสำเร็จ (สุนันทา นวลเจริญ, 2554; Bandura, 1986) ส่งผลให้การรับรู้ภาระเชิงประนัยลดลง (ชนิษฐา สุขทอง, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา สุขทอง (2555) ที่พบว่า การให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองกับตัวแบบ จะช่วยลดความยากลำบากที่จะต้อง รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลโดยตรง ส่งผลให้การรับรู้ภาระเชิงประนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้

2. ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าหลังการทดลอง ผู้ดูแลมีภาระการดูแลผู้ป่วยทั้งสองด้าน คือ ภาระ เชิงอัตนัยและภาระเชิงประนัย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาที่พบได้ว่า กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ที่ใช้ เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล เป็น กระบวนการที่มีรูปแบบชัดเจน และเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเรียนการสอน โดยในระยะ สร้างสัมพันธ์ภาพของแต่ละกิจกรรม ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มจะสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีการ กล่าวทักทาย พุดคุย ด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส ทำที่เป็นกันเองและเป็นมิตรทำให้บรรยากาศในการ ทำกลุ่มเป็นกันเอง อบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย มีความคุ้นเคยกัน และสมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจต่อ ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง สมาชิกกล้าเปิดเผยตนเอง กล้าพูดระบายความคิด ความรู้สึก และ ประสบการณ์ของตนเอง ทำให้สามารถซักถาม และทำความเข้าใจข้อมูลต่างๆ ได้ถูกต้อง อีกทั้งผู้วิจัย ได้อธิบายให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการของกลุ่ม ในแต่ละครั้งที่ทำ กิจกรรม ทำให้ลดความวิตกกังวลของสมาชิกกลุ่ม ส่งผลให้การรับรู้ภาระเชิงอัตนัยลดลง ในระยะ ดำเนินการ ผู้วิจัยช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ความรู้และปัญหาต่างๆ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก่สมาชิกภายในกลุ่ม เป็นการให้โอกาสในการเรียนรู้ระหว่างสมาชิก กลุ่มด้วยกัน และมีการช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิด

จากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการดูแลตนเองของผู้ดูแล รวมทั้งมีการให้และรับการสนับสนุนทางอารมณ์จากกลุ่ม ร่วมกับผู้วิจัยนำเสนอความรู้ร่วมกับการอภิปรายพูดคุย ซักถาม อภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่มส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลลดลงทั้งภาวะเชิงปรณัยและอัตนัย ส่วนในระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด และการแก้ไขปัญหาที่ได้รับจากการทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ ตั้งแต่ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการและระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม รวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม อีกทั้งผู้วิจัยให้กำลังใจ ให้คำชมเชย และให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของสมาชิกกลุ่ม ส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลลดลงทั้งภาวะเชิงปรณัยและอัตนัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา สุขทอง (2555) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม สามารถลดภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลได้ และในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นควรต้องมีการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองของผู้ดูแล การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ รวมทั้งการวางแผนการดูแลตนเองในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้มีการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ช่วยให้ผู้ดูแลมีความเป็นอิสระและมีเวลาเป็นส่วนตัวในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองสำหรับแง่มุมอื่นๆ ในชีวิตของผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลมีความสมดุลในชีวิตในบทบาทการดูแลผู้ป่วยและบทบาทการดูแลตนเอง ซึ่งแต่ละกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้ประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1986) ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยลดลงทั้งภาวะเชิงปรณัยและภาวะเชิงอัตนัย (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544, จิราพร รักการ, 2549; ขนิษฐา สุขทอง, 2555; บุบผา ธนิกกุล, 2555; สุณีย์ แสงดาว, 2555; Montgomery et al., 1985; Savundranayagam et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chan et al. (2009) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีการรับรู้ภาวะการดูแลลดลง และมีระดับของการรับรู้ความพึงพอใจจากการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Savundranayagam et al. (2011) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมการสร้างพลังความสามารถ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดและภาวะการดูแลลดลง

จากการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลนั้น มีภาระการดูแลก่อนการทดลองทั้งภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัยอยู่ในระดับปานกลาง แต่ภายหลังการทดลองมีการรับรู้ภาระการดูแลทั้งภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัยลดลงมาอยู่ในระดับน้อยทุกคน จึงอธิบายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลมีผลทำให้ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลง

สำหรับในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองทั้งภาระโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม แม้ว่าค่าคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบางคนจะลดลง แต่ยังไม่มากพอที่จะทำให้ภาพรวมของภาระการดูแลมีการเปลี่ยนแปลง สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิตเป็นรายกลุ่ม การให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านโดยให้ความรู้เป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ซึ่งเป็นการดูแลที่ยังไม่มีรูปแบบชัดเจน และไม่ได้มีการทำกิจกรรมกลุ่มจึงอาจทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ หรือไม่ครอบคลุม รวมทั้งไม่ได้รับการสนับสนุนระดับประคองด้านจิตใจ อารมณ์ อย่างใกล้ชิดเหมือนกับกลุ่มทดลอง จึงทำให้กลุ่มควบคุมมีโอกาสน้อยที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารและการฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง รวมทั้งการสนับสนุนด้านจิตใจเหมือนกับกลุ่มทดลอง ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ทั้งก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้นสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล มีผลทำให้ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้เพราะ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรต้องมีการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองของผู้ดูแล การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ รวมทั้งการวางแผนการดูแลตนเองในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลมีความสมดุลในชีวิตในบทบาทการดูแลผู้ป่วยและบทบาทการดูแลตนเอง ซึ่งแต่ละกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้ประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1986) ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยลดลงทั้งภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544, จิราพร รักรการ, 2549; ขนิษฐา สุขทอง, 2555; บุบผา ธนิกกุล, 2555; สุณีย์ แสงดาว, 2555; Montgomery et al., 1985; Savundranayagam et al., 2011)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลไปใช้สำหรับเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.2 การนำโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท กระบวนการกลุ่มในการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม และมีทักษะในการทำกลุ่มในผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งควรมีประสบการณ์ในการเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างมีชีวิตชีวา และมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ

2. ด้านการศึกษา

ควรมีการสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในการลดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมการพยาบาลได้ตรงกับปัญหาและความต้องการ รวมทั้ง มีรูปแบบและเนื้อหาที่หลากหลายและมีหลายแง่มุมในการตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. หากมีการนำโปรแกรมรูปแบบนี้ไปใช้ในกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริง ควรนำผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรมด้วย โดยให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดความรู้สึก ความคิดเห็น และประสบการณ์จากการที่ผู้ดูแลได้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลได้เข้าใจในความคิดความรู้สึกของผู้ป่วย มีความรู้สึกทางบวก และยอมรับผู้ป่วยรวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุข

2. แนวคิดการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล สามารถนำไปประยุกต์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการวิจัยในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชในกลุ่มอื่น ๆ ได้

3. ควรมีการศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้ญาติหรือผู้ดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวในชุมชน ให้สามารถดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง มีกำลังใจ ไม่เกิดการทอดทิ้งผู้ป่วย และสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างปกติสุข



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **รายงานประจำปี2556**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.dmh.go.th> [23 มิถุนายน 2557]
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **สถานการณ์สุขภาพจิต2557**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.dmh.go.th> [2 พฤศจิกายน 2558]
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **เทปเสียงเทคนิคการคลายเครียด**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.dmh.go.th> [4 มีนาคม 2558]
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). **การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.dmh.go.th> [4 มีนาคม 2558]
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2536). **สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2555). **สถิติสำหรับงานวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธรรมสาร.
- แก้วตา มีศรี. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แก้วตา มีศรี. (2555). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(1), 35-47.
- กรองทอง ออมสิน. (2550). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมจัดการกับความเครียดของวัยรุ่นตอนต้น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรัตน์ ศรีคำสุขไชไต้ และ สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2554). **การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท**. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนิษฐา สุขทอง. (2554). **ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาวะและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิษฐา สุขทอง. (2555). **ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาวะและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(3), 15-27.
- ขนาน หัสศิริ. (2537). **การพัฒนารูปแบบการพึ่งตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน**. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลสวนปรุง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

- จำนรรจ์ พงศ์ไพรินทร์และฐิติวัลค์ ธรรมไพโรจน์. (2552). วิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่ม
สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วารสารโรงพยาบาล
ศรีธัญญา, 10 (กันยายน): 13-18.
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ นพคุณขจรและจิระพรรณ สุริยงค์. (2551). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อ
ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ
ผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวน
ปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- จินดารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำใน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2541). รายงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน
สุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง.กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคจิตเภท.วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2549). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว
ผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัญชฎา คมขำ. (2555). ผลของสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของ
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัญชฎา คมขำ. (2556). ผลของสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของ
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 27(3), 101-112.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทูลกา บุปผาสังข์. (2545). ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับรักษาซ้ำของผู้ที่
เป็นโรคจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เทียนทอง ทาระบุตร. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต

- เภทในชุมชน.**วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทียนทอง ทาระบุตร. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 27(3), 113-124.
- ธัญชนก เต่าทอง. (2554). **ผลของสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.**วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธวัชชัย สีสหานาจ. (2552). **ตำราโรคจิตเภท.**สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นพมาศ อึ้งพระ(ธีรเวคิน). (2551). **ทฤษฎีบุคลิกภาพและการปรับตัว.**พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2552). **ตำราโรคจิตเภท.**สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2553). **การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง:บูรณาการสู่การปฏิบัติ.**กรุงเทพมหานคร: บริษัทจุดทอง.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.**วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร เหลืองมงคลชัย. (2554). **ผลของกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท.**วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร เหลืองมงคลชัย. (2554). **ผลของกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท.****วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 25(3), 69-81.
- นภาพรณ พึ่งเกศสุนทร. (2554). **ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.****วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 25(2), 51-63.
- นพมาศ อึ้งพระ(ธีรเวคิน). (2551). **ทฤษฎีบุคลิกภาพและการปรับตัว.**พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์. (2549). **ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลสวนสราญรมย์.**วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร รัฐมณี. (2558). **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุรา.**วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุบผา ธนิกกุล. (2554). **ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุบผา ธนิกกุล. (2555). **ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(2), 74-86.
- บุษกุล ศุภอักษร. (2554). **ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**.วารสารสภาการพยาบาล, 25(2), 79-91.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากุล. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์**.พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ประเทือง ภูมิภัทราคม. (2540). **การปรับพฤติกรรม:ทฤษฎีและการประยุกต์**.กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮ้าส์.
- ปราณี รามสูต. (2527). **จิตวิทยาการศึกษาศึกษา 122**.พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์เจริญกิจ.
- ปัทมา ศิริเวช. (2552). **ตำราโรคจิตเภท**.สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพ็ญภา แดงต่อมยุท, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา.ตราบาย: การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว.วารสารการพยาบาลจิตเวช, 18(2547), 1-9.
- พิกุล เจริญสกุลทรัพย์, กชพงศ์ สารการและธีรภา ธานี. (2555). **การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์**.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(2), 30-40.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล.(2553). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**.กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2555). **ทิศทางการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน**.คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(อัดสำเนา)
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานนท์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท**.สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท**.สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (2544). **รูปแบบการทำนายภาวะของผู้ดูแล:การทดสอบเชิงประจักษ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต,สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มัลลิกา สิงห์สุริยะ. (2547). **การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล: กรณีศึกษา**.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มัลลิกา จันทร์เพ็ญ. (2557). **ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มาโนช หล่อตระกูล. (2555). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูลและปรามิทธิ์ สุคนิษฐ์. (2555). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูลและปรามิทธิ์ สุคนิษฐ์. (2544). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สวีชาญการพิมพ์.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยณิข. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงพิมพ์แสงศิลป์.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). **สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุรัชชา ปรีชาและพิเชษฐอดมรัตน์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท**. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. **รามารับดีพยาบาลสาร**, 2(1), 84-94.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). **การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รจนา ปุณโณทก. (2550). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชณี อุทัยพันธ์. (2552). **ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชณี อุทัยพันธ์. (2556). **ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 27(1), 136-147.
- ละม้าย เกิดโภคทรัพย์. (2548). **การรับรู้ความสามารถของตนเองกับการเหนื่อยหน่ายในงานของบุคลากรทางการพยาบาล: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง**. งานวิจัยส่วนบุคคล คณะศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วารุณี แสงเมฆ. (2555). **ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วราภรณ์ พัฒนเวศน์. (2551). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตรวจตามนัดในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**
โรงพยาบาลแพร์.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิไลลักษณ์ พงษ์โสภณ.(2555). **สุขวิทยาจิต**.กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริจิต สุทธิจิตต์ และ มานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). โรคจิตเภท(Schizophrenia): ระบาดวิทยาและ
 การรักษา.**วารสารสมาคมจิตแพทย์ศาสตร์แห่งประเทศไทย**, 54(ภาคผนวก1), 21s-37s.
- ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์. (2554). **ความเครียดและวิธีการแก้ความเครียด**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:
<http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/47> [4 มีนาคม 2558]
- สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2548).**การศึกษาตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท**.ในการ
 ประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 4, 67-90.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช**.พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย
 ธรรมศาสตร์.
- สุภาวดี บุญชู. (2551). **ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้การเตือนของ**
ผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
 พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สกาเตือน กลิ่นน้อย. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของ**
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาล
 สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สกาเตือน กลิ่นน้อย. (2555). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของ**
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(1), 62-72.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต. (2543). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**.พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพมหานคร:
 สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรางค์ โค้วตระกูล. (2536). **จิตวิทยาการศึกษา**.พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ แห่ง
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุณีย์ แสงดาว. (2554). **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของ**
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุณีย์ แสงดาว. (2555). **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของ**
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(3), 97-111.
- สันชัย วสุนธรา.(2547). **จิตเภท**.กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- สุนันทา นวลเจริญ. (2553). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถ**
ในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชา
 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุนันทา นวลเจริญ. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 25(2), 117-129.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2543). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2553). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรางค์ โค้วตระกูล. (2536). **จิตวิทยาการศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาวดี บุญชู. (2551). **ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธดา บัวเงิน. (2557). **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่อการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชาดา เวชการุณา. (2556). **ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). **การประกันคุณภาพการพยาบาลในชุมชน**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). **คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรีนติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรีนติ้ง.
- หทัยรัตน์ หาคำ. (2552). **การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทโดยการใช้การบำบัดเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุไรวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:

บริษัทธรรมสาร จำกัด.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: บริษัทวีพรีน.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การบำบัดทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรสจำกัด.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2557). เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา)

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2543). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.

อรรณ ช้องต่อ. (2550). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Awad, A.G., and Voruganti L.N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomic*, 26(2), 149-62.

Adamec, C. (1996). *How to live with mentally ill person*. New York: John Wiley & Sons.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A Social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Baker, A.F. (1989). Living with a chronically ill, Schizophrenic. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 27(1), 31-8.

Boise, L., Congleton, L., and Shannon, K. (2005). Empowering Family Caregiver: The Powerful Tools for Caregiving Program. *Education Gerontology*, 31, 573-586.

Braiker, H.B. (1989). The power of self-talk. *Psychology today*, 232, 23-37.

Brandt, P.A., and Weinert, C. (1985). PRQ: A social support measure. *Nursing Research*, 30, 277-280.

Bull, N.J. (1990). Factors influencing family caregiving burden and health. *Western Journal of Nursing Research*, 12(6), 758-776.

Birchwood, M. et al. (1989). Predicting relapse in Schizophrenia : The Development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families

- as observes, a preliminary investigation. **Psychological Medicine**, 19, 649-656.
- Burns,N., and Grove,S. (2001). **The Practice of Nursing Research:Conduct Critique and Utilization**.2nd ed.Philadelphia:W.B. Saunder.
- Chin,W.T.,Chan,S.W.,and Morrissey,J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of People with schizophrenia.**J Clin Nurs**, 16, 1151-61.
- Chien,W.T. (2008). Effectiveness of Psychoeducation and Mutual Support Group Program for Family Caregivers of Chinese People with Schizophrenia. **The Open Nursing Journal**, 2, 28-39.
- Chan,S.W-C.Yip,B.,Tso,S.,Cheng,B-S., and Tam,W. (2009). Intervention Evaluation of a Psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers.**Patient Education and Counseling**, 75, 67-76.
- Crotty,P., and Kuly,R. (1986). Are Schizophrenics a burden to their families?Significant others views.**Health Social Worker**, 11, 173-188.
- Cook,J.A.,Lefley,H.P.,Pickett,S.A., and Cohler,B.J. (1994). Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness.**American Journal Orthopsychiatric** 64, 435-477.
- Caqueo-Ur1zar,A.,Gutierrez-Maldonado,J., and Palma-Faundez,C (2011). .Caregiver of Patient with Schizophrenia:How much They Know and Learn after a Psychoeducational Intervention?.**Procedia-Social and Behavioral Sciences**, 30, 2468-2476.
- Cohen,S., and Wills,T.A. (1985). Stress social support and buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, 98, 316-357.
- Connell,C. (1994). Impact of spouse caregiving on health behaviors and physical and Mental Health status.**American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders**, 9, 26-36.
- Durmaz,H., and Okanli,A. (2014). Investigation of the Effect of Self-Efficacy Level of Caregiver Family Members of the Individuals With Schizophrenia on Burden of Care. **Archives of Psychiatric Nursing**, 1-5.
- Dixon,L.et al. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with Psychiatric Disabilities.**Psychiatric Services**, 52, 903-910.
- Doombos,G. (2002). Family caregivers and the mental health care system Reality and Dream.**Archives of Psychiatric Nursing**, 16, 39-46.
- Donelan,K.,Hill,C.A.,Hoffman,C.,Scoles,K.,Feldman,P.H.,Levine,C., and Gould,D. (2002).

- Challenged to care:informal caregivers in a changing health system.**Health Aff.** (Millwood), 21, 222-231.
- Davis,L.L. (1992). Building a science of caring for caregiver.**Family and Community**, 15(2), 1-9.
- Eakes,G.G. (1995). Chronic sorrow :The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals.**Archives of psychiatric Nursing**, 9(2), 77-84.
- Elloit,D.P. (1998). Chronic issues in patients with dementia .**Journal of American Society of Consutant Pharmacists**, 13, 11A1-11A8.
- Grandon,P.,Jenaro,C., and Lemos,S. (2008). Primary caregiver of schizophrenia outpatients:Burden and predictor variables.**Psychiatry Research**, 158, 335-343.
- Greenberg,S.T.,Greenley,J.R.,MaKee,D.,Brown,R., and Griffin-Francell,C. (1993). Mother caring for an adult child with schizophrenia:The effect of subjective burden on maternal health.**Family Relation**, 42, 205-211.
- Hou,S.Y.,Ke C.L.,Su,Y.C.,Lung,F.W., and Huang,C.J. (2008). Exploring the burden of the Primary Family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan.**Psychiatry Clin Neurosci**, 62(5,: 508-14.
- Harven,C.,Fossey,E.,Jackson,H., and Shimiras,L. (2006). Time use of people with schizophrenia in North London:Predictors of Participation in occupation and their implication for improving social inclusion.**Journal of Mental Health**, 31-38.
- Horwitz,A.V., and Reinhard.S.C. (1995). Ethnic Differences in Caregiving Duties and Burdens Among Parent and Siblings of Persons with Severe Mental Illnesses.**Journal of Health and Social Behavior**, 36(2), 138-150.
- Hirst,M. (2005). Care distress:a prospective,population-based study.**Soc.Sci.Med**, 61, 697-708.
- Honkonen,T.,Saarinen,S., and Salokangas,R. (1999). Discharged Patients and Their Psychosocial Functioning.**Schizophrenia Bulletin** 25(3).
- Igberase,O.O.,Morakinyo.O.,Lawan,A.O.,James,B.O., and Omoaregba,J.O. (2010). Burden of care among relatives of patients with schizophrenia in Midwestern Nigeria. **International Journal of Social Psychiatry**, 58(2), 131-137.
- Kuhn,D.,Fulton,B.R., and Edelman,P. (2003). Powerful Tools for Caregivers:Improving Self-Care and Self-Efficacy of Family Caregivers.**Alzheimer's Care Quarterly**, 4(3), 189-200.
- Kaplan,H.I., and Sadock,B.J. (1998). **Synopsis of psychiatry**.9thed.Baltimore : Williams and

Wilkin.

- Keefe,R.S.E.,Goldberg,T.E.,Harvey,P.D.,Gold,J.M., and Coughenour,I. (2004). The brief Assessment of Cognition in Schizophrenia:reliability,Sensitivity and Comparison with a standard neurocognitive battery.**Schizophrenia Research**, 68, 283-297.
- Kurtz,M.M.,Wexler,B.E.,Fujimoto,M.,Shagan,D.S., and Seltzer,J.C. (2008). Symptoms versus neurocognition as predictors of change in life skills in schizophrenia after outpatient rehabilitation.**Schizophrenia Research**, 102, 303-311.
- Klebanoff,N. (1989). "Mental health home care services".A review of current clinical issues,**Continuum** 3, 147.
- Kane,C.F.,DiMartino,E. and Jimenez,M. (1990). A Comparison of Short-Term Psychoeducation and Support Groups for Relatives Coping With Chronic Schizophrenia.**Archives of Psychiatric Nursing**, 4 (6), 343-353.
- Lim,Y.M., and Ahn,Y.H. (2003). Burden of Family Caregiver With Schizophrenic Patients in Korea.**Applied Nursing Research**, 16 (2), 110-117.
- Lauber,C.Eichenberger,A.Luginbuhl,P.,Keller,C., and Rossler,W. (2003). Determinants of burden in Caregiver of patients with exacerbating schizophrenia.**European Psychiatry**, 18, 285-289.
- Lefley,H.P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children:An emerging social problem.**Hospital&Community Psychiatry**, 38(10), 1063-1070.
- Lawrance,L.,Levy,S.R., and Rubinson,L. (1990). Self-efficacy and AIDS prevention for Pregnantteens.**Journal of School Health**, 60, 19-24.
- Lawrance,L., and McLeroy,K.R. (1986). (Self-efficacy and health education.**Journal of School Health**, 58(8), 317-321.
- Lorig,K.R.,Ritter,P.,Stewart,A.L.,Sobel,D.S.,Brown Jr.,B.W., Bandura,A.,Gonzalez,V.M , Laurent,D.D.,Bandura,A.,Gonzalez,V.M.,Laurent,D.D., and Holman,H.R. (2001a). Chronic disease self-management program:2-year health status and health care utilization outcomes.**Med. Care**, 39, 1217-1223.
- Lorig,K.R.,Sobel,D.S.,Ritter,P.L.,Laurent,D., and Hobbs,M. (2001b). Effect of a self-management program on patients with chronic disease.**Eff.Clin.Pract**, 4, 256-262.
- Montgomery,R.J.V.,Gonyea,J.G., and Hooyman,N.R. (1985). Caregiving and the Eeperience of Subjective and Objective.Burden.**Family Relations**, 34(3), 19-26.
- Marsh,D., and Johnson,D. (1997). The family experience of mental illness:Implication for Intervention Professional Psychology:**Research and Practice**, 28(7), 229-237.

- Montgomery,R.J.V.,Stull,D.E., and Borgatta,E.F. (1985). Measurement and analysis of burden.**Research On Aging**, 7(3), 137-152.
- Marram,G.D. (1978). **The Group Approach in Nursing Practice**.2nd ed.Saint Louis: The C.V.Mosby Company.
- Murphy, M.F., and Moller,M.D. (1993). Relapse Management in Neurobiological Disorder : The Moller-Murphy Symptom Management Assessment Tool. **Archives of Psychiatric Nursing**, 7(4), 226-235.
- MacCarthy,B.,Lesage A.,Brewin,C.R.,Brugha T.S.,Mangen,S., and Wing,J.K. (1989). Need for care among the relative of long-term users of day care **Psychological Medicine**,19, 725-736.
- Magliano,L.,Fiorillo,A.,De Rosa,C.,Malangone,C. and Maj,M. (2005) Family burden in long-term diseases:a Comparative study in schizophrenia vs.physical disorder.**Social Science & Medicine**, 61(2), 313 – 322.
- Noh,S., ang Turner,R. (1987). Living with psychiatric patients:Implications for the mental health of family members.**Social Science and Medicine**, 25(3), 263-272.
- Ohaeri,J.U. (2001). Caregiver burden and psychotic patients' perception of social support in a Nigcrian scetting.**Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 36, 86-93.
- Provencher,H.L. (1996). Objective burden among primary caregiver of persons with chronic Schizophrenia.**Psychiatric and Mental Health Nursing**, 3, 188-187.
- Pai,S., and Kapur,R.L. (1981). The Burden on the Family of a Psychiatric Patient: Development of an Interview Schedule.**Brit.J.Psychiat**, 138, 332-335.
- Polit, D.F., and Hungler, B.P. (1999). **Nursing Research:Principle and Methods** 6th ed. Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Paranthaman,V.,Satnam,K.,Li,J-L.,Amar-Singh,H.S.S,Sararaks.S.,Nafiza,M-N.,Ranjit,K., and Asmah,Z-A. (2010). Effective implementation of a structured psychoeducation programme among caregivers of patients with schizophrenia in the community. **Asian Journal of Psychiatry**, 3, 206-212.
- Robin,K., and Yates,K. (1994). Effect of two caregiver-training programs on burden and attitude Toward help.**Archives of Psychiatric Nursing**, 8(5), 312-319.
- Rosenfarb,I.S.,Bellack,A.S., and Aziz.N.A (2006). Sociocultural Stress, and Coping Model of Subjective Burden and Family Attitudes Toward Patients With Schizophrenia.**Journal of Abnormal Psychology**, 115(1), 157-165.
- Robinson,L.,Francis,J.,James,P.,Tindle,N.,Greenwell,K., and Rodgers,H. (2005). Caring for

- cares of people With stroke:developing a complex intervention following the Medical Research Council framework.**Clin.Rehabil**, 19, 560-571.
- Rabinowitz,Y.G.,Mausbach,B.T.,Coon,D.W.,Depp.C.,Thompson.L.W., and Gallagher-Thompson,D. (2006). The Moderating Effect of Self-Efficacy on Intervention Response in Women Family Caregivers of Older Adults With Dementia.**The American Journal of Geriatric Psychiatry**, 14(8), 642-649.
- Reinares,M.et al. (2004). Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients.**Psychotherapy Psychosomatics**, 73(5), 312-319.
- Reinhard,S.C., and Harwitz,A.V. (1995). Caregiver burden:Differentiating the content consequences Of family caregiving.**Journal of Marriage and the Family**, 57, 741-750.
- Robert,W.B. (2006). Negative symptoms in schizophrenia: An Overview.[online]. Available from:<http://www.Persistent Negative Symptoms in Schizophrenia An Overview>. [2015, March 4]
- Scazufca, M., and Kuiper,E. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of atients with schizophrenia.**The British Journal Of Psychiatry**, 184, 580-7.
- Savundranayagam, M.Y., Montgomery R.J, Kosloski K., and Little T.D. (2011). Impact of a psychoeducational program on three types of caregiver burden among spouses.**Int J Geriatric Psychiatry**, 26, 388-396.
- Schmall, V.L,Cleland,M., and Sturdevant,M. (2000). **The Caregiver Help Book** (use in the Powerful Tools For Caregiving).Oregon,Oregon Gerontological Association:Legacy Health System.
- Shu-Lin,U.,Huei-Chuan,S., and Mei-Sang,Y. (2013). Caregiver'Self-Efficacy and Burden of Managing Behavioral Problem in Taiwanese Aged 65 and over with Dementia.**An Internation Journal**, 41, 1487-1496.
- Shelves,L.P. (1986). Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing. Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Thompson, E.H., and Doll,W. (1982). The Burden of Families Coping With the Mentally Ill : An Invisible Crisis.**Family Relations**, 31(3), 379-388.
- Toseland,R.W.,McCallion,P.,Smith,T.,Huck,S.,Bourgeois,P., and Garstka,T.A. (2001). Health Education groups for caregivers in an HMO.**J.Clin.Psychol**, 57, 551-570.
- Taylor,M.C. (1994). **Culture diversity in health & illness**.Connecticut : Appleton &

Lange.

- Taylor,M.C. (1994). **Culture Essentials of Psychiatric Nursing**.4 ed St.Louis : Mosby.
- Vasile,D.,Vasiliiu,O.,Vasile,M.,Terpan,M., and Paraico,I. (2008). Coping mechanisms evaluation in Chronic schizophrenic patients. [doi:DOI:10.1016/j.eurpsy. 01.907]. **European Psychiatry**, 23 (Supplement2): S151-S151.
- World Health Organization. (2011). **Schizophrenia.What is schizophrenia**.[Onlone] .Available.from:www.who.int/mental_health/management/Schizophrenia/ [2014, July 1]
- Won,W.W.,Fitts.S.S.,Olsen,P., and Phelan,E.P. (2008). Community-based “powerful tool”intervention enhances health of caregivers. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 46, 89-100.
- Williams,C.A. (1989). Patient education for people with schizophrenia.**Perspectives in Psychiatric Care**, 25, 14-21.
- Wilson,H.S., and Kneisi,C.R (1996) .**Psychiatric nursing**.4th ed.California : Addison- Wesley. Publish Company.
- Y1k1kan,H.,Aypak,C., and Gorpelioglu,.S. (2014). Depression,Anxiety and Quality of Life in caregivers of Long-Term Home Care Patients.**Archives of Psychiatric Nursing** 28(3), 193-196.
- Yeung,S.,Lui,M.H.,Ross,F., and Murrells,T. (2007). Family cares in stroke care:examining the Relationship between problem-solving,depression and general health.**J.Clin.Nurs** 16, 344-352.
- Zauszniewski,J.A,Bekhet,A.K , and Suresky,M.J. (2009). Effects on Resilience of Women Family Caregiver of Adult With Serious Mental Illness : The Role of Positive Cognitions.**Archives of Psychiatric Nursing**, 23 (6), 412-422.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ – สกุล

1. นายแพทย์นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (จิตแพทย์)
หัวหน้ากลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2. อาจารย์ ดร. สุดาพร สติดยุทธการ

อาจารย์ประจำสาขาวิชา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น

3. ดร. วิภาวี เผ่ากันทรารกร

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการ
พยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช)
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

4. ดร. นพรัตน์ ไชยขำนิ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการ
พยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช)
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

5. นางสุภาภรณ์ ไชยวารณ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์





การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การตรวจความตรงตามเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553)

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

1. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม

$$CVI = \frac{22}{24} = 0.92$$

2. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงอัตนัย

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

3. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงปรนัย

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

4. ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

$$CVI = \frac{20}{20} = 1.00$$

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง เครื่องมือชุดนี้เป็นแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงใน หรือเติม

ข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
 - 1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช 5. อนุปริญญา/ป.ว.ส 6. ปริญญาตรี 7. สูงกว่าปริญญาตรี
4. สถานภาพการสมรส
 - 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย 4. หย่า 5. แยกทางกันอยู่
5. อาชีพ
 - 1. เกษตรกรรม 2. รับจ้างทั่วไป 3. รับจ้างบริษัทเอกชน 4. ค้าขาย
 - 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 6. อยู่บ้านเฉยๆ/แม่บ้าน 7. อื่นๆระบุ.....
6. รายได้
 - 1. ต่ำกว่า 2,500 บาท 2. 2,501-5,000 บาท 3. 5,001-7,500 บาท
 - 4. 7,501-10,000 บาท 5. มากกว่า 10,000 บาท
7. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 - 1. บิดา 2. มารดา 3. สามี 4. ภรรยา 5. พี่
 - 6. น้อง 7. บุตร 8. อื่นๆ โปรดระบุ.....

แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งข้อความต่อไปนี้จะบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของท่านที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยคำตอบแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้ง หรือ เกือบไม่มีเลย

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

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งข้อความต่อไปนี้จะบอกถึง เหตุการณ์ที่เกิดในชีวิตประจำวันของท่าน ซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยคำตอบแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน
มาก	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกอาทิตย์
ปานกลาง	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง
น้อย	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านนานๆครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านน้อยมาก หรือ เกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงปรนัย					
1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน					
2. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
3. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่างๆในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น					
4. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวจะถูกทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บ					
5. การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ท่านมีเวลานอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ					
.....					
.....					
9.....					
10.....					
11.....					
12. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น					

แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมั่นใจของท่านในการจัดการกับสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ท่านดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยคำตอบแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ระดับความมั่นใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ฉันมั่นใจว่าจะนำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวได้					
2. ฉันสามารถสังเกตได้ว่าตนเองเกิดความเครียด					
3. ฉันสามารถถามคำถามเพิ่มเติมเมื่อฉันไม่ได้รับคำตอบที่ชัดเจนหรือไม่เข้าใจคำตอบของผู้ป่วยได้					
4. ฉันมั่นใจว่าสามารถบอกอาการ/พฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างถูกต้องให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ					
5. ฉันมั่นใจว่าจะควบคุมการมีกิจกรรมของผู้ป่วยในแต่ละวันได้					
6.....					
7.....					
.....					
.....					
19.....					
20. ฉันสามารถดูแลผู้ป่วยจนครอบครัวเกิดความพึงพอใจ					

โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล

แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลตนเองของผู้ดูแล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง
2. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง
3. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วย และการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัย และสมาชิกภายในกลุ่ม มีความกล้าที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก และความคิดเห็นในการร่วมกิจกรรม
2. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงความสำคัญและความจำเป็นในการทำบทบาทผู้ดูแล
3. ผู้ดูแลสามารถบอกความหมายของโรคจิตเภท อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วย และการดูแลตนเองได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ

การอธิบายชี้ให้ผู้ดูแลเห็นถึง ความสำคัญและความจำเป็นในการทำบทบาทผู้ดูแล และการสร้างแรงจูงใจในการทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง โดยชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและมีความต้องการ การเรียนรู้มากขึ้นการให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับผู้ป่วย และบทบาทการดูแล มีความพร้อมในการเผชิญปัญหา ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง และมีความเครียดลดลง รวมทั้งให้ข้อมูลการดูแลตนเองด้านสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป ได้แก่ การรับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับ และการออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งสุขภาพของตนเอง และวิถีทางการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ และให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความสำเร็จในการเริ่มต้นการดูแลตนเอง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 ความรู้สึกของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย
2. ใบงานที่ 1/2 บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย
3. ใบงานที่ 1/3 โรครจิตเภท
4. ใบงานที่ 1/4 แผนการปฏิบัติ การดูแลตนเองของผู้ดูแล
5. ใบความรู้ที่ 1/1 ความสำคัญและความจำเป็นในการทำบทบาทผู้ดูแล
6. ใบความรู้ที่ 1/2 การดูแลสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป
7. คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรครจิตเภท
8. ตารางการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการดำเนินกิจกรรมทุกสัปดาห์
9. ดินสอ ยางลบ

การดำเนินกิจกรรม

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ
 - 1.1 ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัวเองและประวัติโดยย่อ
 - 1.2 ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง อบอุ่น รู้สึกผ่อนคลาย และมีความคุ้นเคยกัน โดยการเล่นเกมส์การทำความรู้จัก
 - ให้ผู้ดูแลแต่ละคนพูดคุยกับเพื่อนในกลุ่มให้ได้มากที่สุดเกี่ยวกับสิ่งที่ยากจะทราบ เช่น ชื่อ อายุ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ สิ่งที่ชอบ/ไม่ชอบ สิ่งที่ต้องการมากที่สุดในชีวิต เป็นต้น ภายในเวลา 5 นาที
 - เมื่อครบเวลาตามที่กำหนดไว้ ให้ผู้ดูแลแนะนำตัวเอง และแนะนำเพื่อนที่ตนเองรู้จักจากการเล่นเกมส์ทำความรู้จัก
 - ผู้วิจัยสนใจ และตั้งใจฟัง เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจผู้วิจัย
 - 1.3 ผู้วิจัยให้ข้อมูลผู้ดูแลโดยการชี้แจง
 - วัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมในครั้งนี้
 - รูปแบบของกิจกรรม
 - ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม
 - ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
 - 1.4 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสร้างข้อตกลงหรือกติการ่วมกันในการเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละสัปดาห์ พร้อมทั้งแจ้งวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมของแต่ละสัปดาห์

2. ระยะดำเนินการกิจกรรม

2.1 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกจากการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านบวกและด้านลบพร้อมทั้งให้ทำใบงานที่ 1/1 ความรู้สึกของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย และนำเสนอภายในกลุ่มผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่ผู้ดูแลนำเสนอ

2.2 ผู้วิจัยอธิบายชี้ให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยตามใบความรู้ที่ 1/1 และสร้างแรงจูงใจในการทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองโดยชี้ให้ผู้ดูแลเห็นถึงแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองและพูดถึงการทำบทบาทผู้ดูแลนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้ดูแล

2.3 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภทพร้อมทั้งให้ทำใบงานที่ 1/3 โรคจิตเภท และนำเสนอภายในกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่ผู้ดูแลนำเสนอ

2.4 ผู้วิจัยให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรคการรักษา ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วย ร่วมกับการพูดคุย ชักถาม และอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม โดยใช้คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นสื่อในการสอน

2.5 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และบทบาทการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งบทบาทการดูแลตนเองขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย

2.6 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำใบงานที่ 1/2 บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย และนำเสนอภายในกลุ่มผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่ผู้ดูแลนำเสนอ

2.7 ผู้วิจัยให้ข้อมูลการดูแลตนเองด้านดูแลสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป ได้แก่ การรับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับและการออกกำลังกาย ตามใบความรู้ที่ 1/2 การดูแลสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป ร่วมกับการพูดคุย ชักถาม และอภิปรายร่วมกับสมาชิกกลุ่ม

2.8 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแลตนเองในระหว่างสัปดาห์ตามใบงานที่ 1/4 และนำเสนอแผนของตนเองภายในกลุ่ม พร้อมทั้งพูดถึงความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผน และให้สมาชิกกลุ่มให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจในการปฏิบัติตามแผนให้เป็นผลสำเร็จ รวมทั้งผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ดูแลทราบว่าใบงานนี้ ผู้ดูแลจะต้องทำทุกครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมตลอด 3 สัปดาห์

3. ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

3.1 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด และการแก้ไขปัญหาที่ได้รับจากการทำกิจกรรมในครั้งนี้

3.2 ผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ ตั้งแต่ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการและระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

3.3 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม

3.4 ผู้วิจัยให้กำลังใจ ให้คำชมเชย และให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแล

3.5 ผู้วิจัยนัดหมายผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป และแจกตารางการนัดหมายในการดำเนินกิจกรรม พร้อมทั้งแจกคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การประเมินผล

1. ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้วิจัย และสมาชิกภายในกลุ่ม โดยประเมินจากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง การสนทนา และความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองต่อสมาชิกภายในกลุ่ม

2. ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการทำบทบาทผู้ดูแล โดยประเมินจากการสังเกต การตั้งใจฟัง การสนใจซักถาม และสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

3. ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะมีการกลับป่วยซ้ำและการดูแลตนเอง โดยประเมินจากการสังเกต การตั้งใจฟัง การสนใจซักถาม และสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

คู่มือโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นางวันทนีย์ ล้าเลิศ

นิสิตแขนงวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษา ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคจิตเวชชนิดที่พบบ่อยที่สุดในจำนวนโรคจิตชนิดต่างๆ จัดเป็นโรคจิตเวชชนิดรุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการหลงผิด ประสาทหลอน การสูญเสียความสามารถหรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา การทำงาน การใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะกลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัวในชุมชนซึ่งยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการดำเนินของโรค และครอบครัวเป็นสถาบันหลักที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการรักษา ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งการดูแลนั้นจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือเป็นระยะเวลานานจึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลง จะส่งผลให้ผู้ดูแลไม่เอาใจใส่ หรือการดูแลผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการกลับป่วยซ้ำ ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้เป็นภาระของสังคมและประเทศชาติ ดังนั้นโรงพยาบาลจึงควรมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ดูแลในการลดภาระการดูแล โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งจะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ภาระการดูแลลดลง โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Schmall et al. (2000) ซึ่งเป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มที่มีแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1986) ที่ส่งเสริมผู้ดูแลในการทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง จะสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คู่มือนี้จัดทำขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล โดยมีการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มซึ่งนำกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม มีเนื้อหาส่งเสริมผู้ดูแลในการทำบทบาทการดูแลตนเองทั้งทางด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภททางด้านการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริง ซึ่งจะส่งผลให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลง

วันทนีย์ ล้าเลิศ

ผู้จัดทำ

กรกฎาคม 2558

สารบัญ

	หน้า
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล	5
วัตถุประสงค์	5
คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	5
สถานที่ดำเนินกิจกรรม	6
ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม	6
ลักษณะกลุ่ม	6
ลักษณะการดำเนินกิจกรรม	6
กระบวนการดำเนินกิจกรรม	6
โครงสร้างการดำเนินกิจกรรม	6
ผู้ดำเนินกิจกรรม	6
รายละเอียดการดำเนินกิจกรรม	7
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1	7
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2	8
สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3	8
สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4	9
สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5	10
สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 6	10
สรุปขั้นตอนการทดลอง	12
รายการอ้างอิง	13

คู่มือสำหรับผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท



จัดทำโดย
นางวันทนีย์ ล้ำเลิศ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นิสิตแขนงวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง ที่ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม และบุคลิกภาพโดยรวม ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีความสำคัญและเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วย ที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือต่อบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวและผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ และไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล คู่มือประกอบด้วยสาระสำคัญตามลำดับดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ปัจจัยเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำ อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ ความเครียดและผลกระทบ การจัดการความเครียด การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยโรคจิตเภท และหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือด้านจิตใจ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล

วันทนีย์ ล้ำเลิศ

ผู้จัดทำ

กรกฎาคม 2558

สารบัญ

	หน้า
โรคจิตเภท	1
ปัจจัยเสี่ยงของการกลับป่วยซ้ำ	9
อาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ	10
บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	11
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท	14
และวิธีการจัดการ	
ความเครียดและผลกระทบ	24
การจัดการความเครียด	26
การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยโรคจิตเภท	35
หน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือด้านจิตใจ	39



ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สำหรับการคัดกรอง

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางวันทนีย์ ล้ำเลิศ ตำแหน่ง นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนากระตาม อำเภอกำแพง จังหวัด

ชุมพร 86140

(ที่บ้าน) 9/1 หมู่ที่ 5 ตำบลหาดพันไกร อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร

86000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 077-548087 โทรศัพท์ที่บ้าน 077-659199

โทรศัพท์มือถือ 090-9628422 E-mail : wantanee.l@student.chula.ac.th

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย แต่ก่อนที่ท่านจะเข้าร่วมในการวิจัยนั้น มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับกรวิจัย โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่ อย่างไร

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่

3.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล

3.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน ที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดเรื้อรังและดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอาการหลงเหลือของโรค จำนวน 40 คน โดยได้จากการคัดเลือกตามคุณสมบัติในการคัดเข้า ดังนี้

4.1.1 คุณสมบัติในการคัดเข้า

1) เป็นผู้ดูแลหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนจนถึงปัจจุบัน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้าง หรือรางวัลใดๆ โดยเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์เป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร

หลาน หรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยในปัจจุบัน และเป็นผู้ดูแลที่ทำหน้าที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

3) มีคะแนนการตรวจคัดกรองอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49) และระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00)

4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาทางการพูด การได้ยิน และการมองเห็น

5) สม่ัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

4.1.2 คุณสมบัติในการคัดออก

1) ผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตลอดการวิจัย

2) ผู้ดูแลถอนตัวออกจากการวิจัย

4.2 ขั้นตอนการคัดกรองผู้ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วย ในทะเบียนผู้ป่วยคลินิกจิตเวช และคัดกรองผู้ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยตามคุณสมบัติในการคัดเข้าในช่วงเวลาที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช ร่วมกับการคัดกรองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

5. หากท่านมีความสนใจที่จะเข้ามาเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ มีความจำเป็นที่ท่านจะต้องตอบคำถามในแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 24 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที เพื่อประเมินการตรวจคัดกรองของท่าน หากท่านมีคะแนนการตรวจคัดกรองอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49) และระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00) ก็จะถือว่าท่านได้ผ่านการคัดกรองเข้ามาเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ได้

6. เมื่อท่านผ่านการคัดกรองแล้วจะถูกสุ่มโดยวิธีจับฉลากเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ซึ่งจะมีสมาชิกกลุ่ม กลุ่มละ 20 คน สำหรับกลุ่มทดลอง จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

6.1 กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งมีกิจกรรมของโปรแกรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ในแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 90 นาที ดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยมีรายละเอียดดังตาราง ข้างล่างนี้

สัปดาห์ที่	กิจกรรมที่	ชื่อกิจกรรม	เวลา	สถานที่
สัปดาห์ที่ 1	กิจกรรมที่ 1	-การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิต เภทและการดูแลตนเองของผู้ดูแล	10.00-11.30 น.	กลุ่มที่ 1 จัดกิจกรรมที่ ห้องประชุม
สัปดาห์ที่ 1	กิจกรรมที่ 2	-การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็น ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท	10.00-11.30 น.	โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ
สัปดาห์ที่ 2	กิจกรรมที่ 3	-การจัดการกับความเครียดที่มี ประสิทธิภาพ	10.00-11.30 น.	ตำบลหาดพันไกร กลุ่มที่ 2
สัปดาห์ที่ 2	กิจกรรมที่ 4	-การจัดการกับความรู้สึกรู้สึกที่เกิดจาก การดูแลผู้ป่วย	10.00-11.30 น.	จัดกิจกรรมที่ ห้อง ประชุม
สัปดาห์ที่ 3	กิจกรรมที่ 5	-การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	10.00-11.30 น.	โรงพยาบาล
สัปดาห์ที่ 3	กิจกรรมที่ 6	-การสื่อสารในสถานการณ์ที่ผู้ป่วย มีอาการกำเริบ	10.00-11.30 น.	ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบางหมาก

6.2 กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติที่พยาบาลประจำคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

7. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หากพบว่าผู้นั้นไม่อยู่ในคุณสมบัติการคัดเลือก และอยู่ในสถานะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยจะอธิบายให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้าใจถึงคุณสมบัติในการคัดเลือกมาเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และให้ข้อมูลว่าหากต้องการขอความช่วยเหลือ/คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลตนเองก็สามารถขอความช่วยเหลือ/คำแนะนำได้ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ในช่วงเวลาที่พาผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วย ซึ่งจะมีจิตแพทย์และพยาบาลประจำคลินิกให้ความช่วยเหลือ/คำแนะนำแก่ท่านได้ หรือจะมาขอรับคำปรึกษาแนะนำได้ที่คลินิกให้คำปรึกษา กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หรือที่เบอร์โทรศัพท์ 077-501135 ในวันและเวลาราชการก็ได้ ซึ่งจะมีพยาบาลจิตเวชที่จะให้คำปรึกษาแนะนำแก่ท่านได้

8. ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมทำการคัดกรองทุกท่าน และหากไม่ผ่านการคัดกรอง จะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

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



ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สำหรับกลุ่มทดลอง

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางวันทนีย์ ล้ำเลิศ ตำแหน่ง นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนากระตาม อำเภอนาทม จังหวัด
ชุมพร 86140

(ที่บ้าน) 9/1 หมู่ที่ 5 ตำบลหาดพันไกร อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร 86000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 077-548087 โทรศัพท์ที่บ้าน 077-659199

โทรศัพท์มือถือ 090-9628422 E-mail : wantanee.l@student.chula.ac.th

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็น
ที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่าน
ข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับกรวิจัย โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่ อย่างไร

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่

3.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและ
หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล

3.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ
โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว
ผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน ที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดเรื้อรังและดูแลผู้ป่วยที่
อยู่ในระยะอาการหลงเหลือของโรค จำนวน 40 คน โดยได้จากการคัดเลือกตามคุณสมบัติในการคัดเลือก

4.2 ขั้นตอนการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับ
พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อ
ผู้ป่วย ในทะเบียนผู้ป่วยคลินิกจิตเวช และคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในช่วงเวลาที่มารับบริการใน
คลินิกจิตเวช ร่วมกับการคัดกรองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของ
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หากพบว่ามีความสอดคล้องตามที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือใน

การเข้าร่วมการวิจัย โดยความสมัครใจ และอธิบายเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จากนั้นให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยนี้ได้กำหนดขนาดของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยใช้หลักการอ้างอิงขนาดผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแบบทดลองการแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 40 คนและผู้วิจัยแบ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน โดยผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด นั่นคือ รายได้ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เนื่องจาก เป็นตัวแปรที่มีผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยวิธีจับฉลากเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน สำหรับกลุ่มทดลอง จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5.1 ผู้วิจัย นางวันทนีย์ ล้ำเลิศ เป็นผู้ดำเนินการวิจัยตามแผนการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ซึ่งรายละเอียดของโปรแกรม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินกิจกรรม และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ในแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยมีรายละเอียดดังตารางข้างล่างนี้



สัปดาห์ที่	กิจกรรมที่	ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม	เวลา	สถานที่
1	1	-การสร้างสัมพันธ์ภาพ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองของผู้ดูแล	-เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพและให้ความเข้าใจโรคจิตเภท รวมทั้งการดูแลตนเองด้านสุขภาพร่างกายมากขึ้น	10.00-11.30 น.	กลุ่มที่ 1 จัดกิจกรรมที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดพันไกร
1	2	-การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท	-เพื่อให้มีแนวทางการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้	10.00-11.30 น.	กลุ่มที่ 2 จัดกิจกรรมที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก
2	3	-การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ	-เพื่อให้มีความเข้าใจเรื่องความเครียดและสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ	10.00-11.30 น.	
2	4	-การจัดการกับความรู้สึที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย	-เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกผิด และภาวะซึมเศร้า รวมทั้งมีวิธีการจัดการได้อย่างสร้างสรรค์	10.00-11.30 น.	
3	5	-การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	-เพื่อให้สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยและบุคคลอื่นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ	10.00-11.30 น.	
3	6	-การสื่อสารในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ	-เพื่อให้สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยในขณะที่มีอาการกำเริบได้ถูกต้อง เหมาะสม และการเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริง	10.00-11.30 น.	

5.2 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล สำหรับกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดพันไกร และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก ซึ่งเป็นห้องปรับอากาศที่มีความเงียบสงบ มีความเป็นส่วนตัว และสามารถรักษาความลับของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้

5.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีจำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบ่งภาวะออกเป็น 2 มิติ คือภาวะเชิงอัตนัย มีจำนวน 12 ข้อ และภาวะเชิงปรนัย มีจำนวน 12 ข้อ รวมเป็น 24 ข้อ และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองคือ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 20 ข้อ

5.4 ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยจะกำกับการทดลองโดยให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตอบคำถามในแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีจำนวน 20 ข้อ เป็นการสอบถามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ท่านดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที

5.5 ผู้วิจัยนัดผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในสัปดาห์ที่ 4 เวลา 10.00-11.30 น. สำหรับกลุ่มที่ 1 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดพันไกร และกลุ่มที่ 2 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก เพื่อมาทำการประเมินผลหลังการทดลองโดยให้ตอบคำถามในแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการสอบถามทั้งภาวะเชิงอัตนัย ที่มีจำนวน 12 ข้อ และภาวะเชิงปรนัย ที่มีจำนวน 12 ข้อ ภาวะเชิงอัตนัย เป็นการสอบถามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และภาวะเชิงปรนัย เป็นการสอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 20 นาที

6. ในการขอข้อมูลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนที่จะทำการศึกษา

7. ในกรณีที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้รับอันตรายหรือความเสี่ยงซึ่งเกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแล้วส่งต่อแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

8. ประโยชน์ที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ การมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีทักษะในการเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความผาสุกทางด้านจิตใจ และภาวะในการดูแลผู้ป่วยลดลง อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและพัฒนาด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เพื่อลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

9. หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ไปแล้ว และมีคะแนนภาระสูงอยู่ ผู้วิจัยจะให้ความรู้ คำแนะนำเพิ่มเติมและให้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความรู้สึกรู้การเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลงจากเดิม จนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความมั่นใจว่าจะสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ไปดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้ ซึ่งทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลงและให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตอบคำถามในแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้งหนึ่ง

10. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อารรับบริการและการดูแลรักษาใดๆ ของท่านทั้งสิ้น

11. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว **เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

12. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน และจะทำลายเอกสารที่เกี่ยวข้องกับท่านหลังสิ้นสุดการวิจัย

13. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับค่าชดเชยการเสียเวลาและค่าพาหนะ เป็นจำนวนเงิน 200 บาททุกครั้งที่มาเข้าร่วมงานวิจัย

14. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

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

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สำหรับกลุ่มควบคุม

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางวันทนีย์ ล้ำเลิศ ตำแหน่ง นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนากระตาม อำเภอท่าแซะ จังหวัด

ชุมพร 86140

(ที่บ้าน) 9/1 หมู่ที่ 5 ตำบลหาดพันไกร อำเภอเมืองชุมพร จังหวัดชุมพร

86000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 077-548087 โทรศัพท์ที่บ้าน 077-659199

โทรศัพท์มือถือ 090-9628422 E-mail : wantanee.l@student.chula.ac.th

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความ
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาใน
การอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้
ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัย โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่ อย่างไร

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่

3.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและ
หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล

3.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ
โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว
ผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน ที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดเรื้อรังและดูแลผู้ป่วยที่
อยู่ในระยะอาการหลงเหลือของโรค จำนวน 40 คน โดยได้จากการคัดเลือกตามคุณสมบัติในการคัดเข้า และ
คุณสมบัติในการคัดออก

4.2 ขั้นตอนการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับ
พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อ
ผู้ป่วย ในทะเบียนผู้ป่วยคลินิกจิตเวช โดยคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในช่วงเวลาที่มารับบริการใน

คลินิกจิตเวช ร่วมกับการคัดกรองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หากพบว่ามีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยความสมัครใจ และอธิบายเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จากนั้นให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยนี้ได้กำหนดขนาดของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยใช้หลักการอ้างอิงขนาดผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแบบทดลองการแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 40 คนและผู้วิจัยแบ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน โดยผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดนั่นคือ รายได้ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เนื่องจาก เป็นตัวแปรที่มีผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยวิธีจับฉลากเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5.1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1-3 จะได้รับการพยาบาลตามปกติที่พยาบาลประจำคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จัดให้มีขึ้น เพื่อให้บริการกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

5.2 ผู้วิจัยนัดหมายผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 4 เวลา 10.00-11.30 น. ณ ห้องให้คำปรึกษา คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เพื่อมาทำการประเมินผลหลังให้การพยาบาลตามปกติ โดยให้ตอบคำถามในแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบ่งภาระออกเป็น 2 มิติ คือภาระเชิงอัตนัย ที่มีจำนวน 12 ข้อ และภาระเชิงปรนัย ที่มีจำนวน 12 ข้อ รวมเป็น 24 ข้อ ภาระเชิงอัตนัย เป็นการสอบถามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และภาระเชิงปรนัย เป็นการสอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 20 นาที

6. ในการขอข้อมูลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนที่จะทำการศึกษา

7. ในกรณีที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้รับอันตรายหรือความเสี่ยงซึ่งเกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแล้วส่งต่อแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

8. ประโยชน์ที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยกลุ่มควบคุมจะได้รับจากการเข้าร่วมงานวิจัย คือ ได้รับคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และได้รับข้อมูลความรู้เหมือนที่กลุ่มทดลองได้รับภายหลังจากสิ้นสุดโครงการวิจัย

9. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว** จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อ การรับบริการและการดูแลรักษาใดๆ ของท่านทั้งสิ้น

10. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว**เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน และจะทำลายเอกสารที่เกี่ยวข้องกับท่านหลังสิ้นสุดการวิจัย

12. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยกลุ่มควบคุมจะได้รับค่าชดเชยการเสียเวลาและค่าพาหนะ เป็นจำนวนเงิน 200 บาท

13. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

14. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202

E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับกลุ่มทดลอง

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางวันทนีย์ ล้ำเลิศ

ที่อยู่ติดต่อ 9/1 หมู่ที่ 5 ตำบลหาดพันไกร อำเภอ เมืองชุมพร จังหวัด ชุมพร รหัสไปรษณีย์

86000 โทรศัพท์ มือถือ 090-9628422 โทรศัพท์ บ้าน 077-659199

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว** ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ½ ชั่วโมง นาน 3 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อารรับบริการ และการดูแลรักษาใดๆ ของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางวันทนีย์ ล้ำเลิศ)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับกลุ่มควบคุม

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางวันทนีย์ ล้ำเลิศ

ที่อยู่ติดต่อ 9/1 หมู่ที่ 5 ตำบลหาดพันไกร อำเภอบึงสามพัน จังหวัด บึงสามพัน รหัสไปรษณีย์

86000 โทรศัพท์ มือถือ 090-9628422 โทรศัพท์ บ้าน 077-659199

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจาก
การวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**
จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดภาวะในการ
ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจนเสร็จสิ้นโครงการ

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล**
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการและการดูแลรักษาใดๆ ของ
ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะ
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางวันทนีย์ ล้ำเลิศ)

(.....)

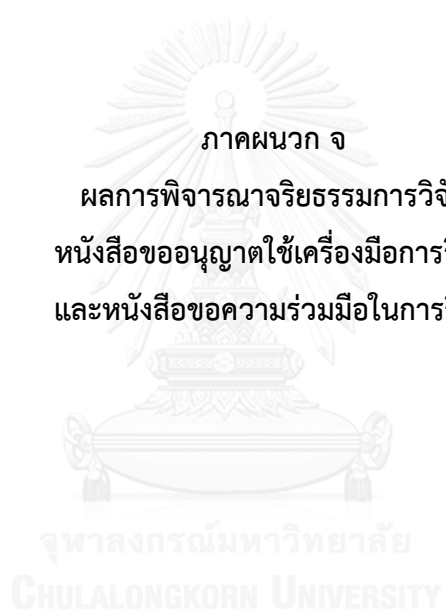
ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ภาคผนวก จ

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
และหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

AF 01-12



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

COA No. 215/2558

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 168.1/58 : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแล
 ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 ผู้วิจัยหลัก : นางวันทนีย์ ลั่นเลิศ
 หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

ลงนาม..... *วิจิตร อภินันท์*

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักคนประคิมฐ)

ประธาน

ลงนาม..... *ไพฑูริย์ ไชยหาญ*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 19 พฤศจิกายน 2558

วันหมดอายุ : 18 พฤศจิกายน 2559

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

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

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการศึกษาระยะสั้น หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ใน โครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เรื่อง ขอนำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

เลขที่รับ
วันที่ ๒๒ ก.ค. ๕๘
เวลา ๐๙.๓๐ น.
ผู้รับ

ข้าพเจ้า นางวันนีย์ ล้ำเลิศ รหัสประจำตัว 5677210136
นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 83 เจริญผลเฮ้าส์ หลัง
องค์การโทรศัพท์ปทุมวัน ซอย - ถนน - ตำบล/แขวง รongเมือง อำเภอ/เขต ปทุมวัน
จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10330 โทรศัพท์ 093-9484039
หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. ปีของวิทยานิพนธ์ 2553

ลงนาม ผู้ยื่นคำร้อง

(นางวันนีย์ ล้ำเลิศ)

๒๐ / ๗.๗. / ๕๖๕๘

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นสมควรให้ดำเนินการต่อไป</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม (อ.ดร.เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์) ๒๒ / ๗.๗. / ๕๘</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>ลงนาม (รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุวัชรวิชัย) / /</p>
<p>ความเห็นรองคณบดี เห็นชอบ</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม (อ.ดร.สินิตา ปิโรตนะ) ๒๒ / ๗.๗. / ๕๘</p>	<p>อนุญาต อนุมัติ</p> <p>..... (รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ / /</p>



ที่ ศธ 0512.11/ 1784

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ ตุลาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางวันทนี ล้ำเลิศ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางวันทนี ล้ำเลิศ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
ชื่อนิสิต นางวันทนี ล้ำเลิศ โทร. 09-0962-8422

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางวันทนีย์ ล้ำเลิศ เกิดวันที่ 25 พฤษภาคม 2513 ที่จังหวัดชุมพร สำเร็จการศึกษา ระดับประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ระดับต้น) จากวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ ราชบุรี เมื่อพ.ศ. 2535 สำเร็จการศึกษาปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เมื่อพ.ศ. 2541 สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี เมื่อพ.ศ. 2548 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีพ.ศ. 2556 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนากระตาม อำเภอกาบัง จังหวัดชุมพร

