

ผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SUPPORTIVE-EDUCATIVE GROUP INTERVENTION ON DEPENDENT
CARE AGENCY OF SCHIZOPHRENIC PATIENT'S CAREGIVERS

Miss Sukanya Kaewsiri



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

Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถใน
	การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
โดย	นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวณิชชัย)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศจีมาจ ฦ วิเชียร)

สุกัญญา แก้วศิริ : ผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF SUPPORTIVE-EDUCATIVE GROUP INTERVENTION ON DEPENDENT CARE AGENCY OF SCHIZOPHRENIC PATIENT'S CAREGIVERS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 199 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ 2) เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ด้วย อายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย แล้วใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล 3) แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล 5) แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าความสอดคล้องภายในจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคพบว่า เครื่องมือชุดที่ 3 ชุดที่ 4 และชุดที่ 5 มีค่าเท่ากับ 0.88, 0.85 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ สูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2558 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577317636 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: SUPPORTIVE-EDUCATIVE GROUP / DEPENDENT CARE AGENCY / CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

SUKANYA KAEWSIRI: THE EFFECT OF SUPPORTIVE-EDUCATIVE GROUP INTERVENTION ON DEPENDENT CARE AGENCY OF SCHIZOPHRENIC PATIENT'S CAREGIVERS. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 199 pp.

The purpose of this quasi-experimental research were to compare: 1) dependent care agency of schizophrenic patient's caregivers before and after they received the supportive-educative group intervention and 2) to compare dependent care agency of schizophrenic patient's caregivers who received the supportive-educative group intervention and those who received regular nursing care. The sample consisted of 40 primary caregivers of schizophrenic patients, who met the inclusion criteria by age and length of caregiving experience, were matched pair and were randomly assigned to experimental group or control group, 20 subjects in each group. The experimental group received supportive-educative group intervention, whereas the control group received regular nursing care. The research instruments consisted of : 1) Supportive-educative group intervention 2) Socio-Demographic 3) Caregivers' capabilities in caregivers schizophrenic patients 4) Knowledge in caring 5) Caregiver and schizophrenic patients relationships. All instruments were tested for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 3rd, 4th and 5th instruments were reported by Cronbach's Alpha Coefficient of 0.88, 0.85 and 0.89 respectively. Data were analyzed using t-test.

Major findings were as follows:

1. Dependent care agency among schizophrenic patient's caregivers after received supportive-educative group intervention were significantly higher than that before at p .05 levels.

2. Dependent care agency among schizophrenic patient's caregivers who received supportive-educative group intervention were significantly higher than those who received regular nursing care, at p .05 levels.

Field of Study: Mental Health and
Psychiatric Nursing

Student's Signature

Advisor's Signature

Academic Year: 2015

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความอนุเคราะห์ของบุคคลหลายท่าน ซึ่งท่านแรกที่คุณผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคือ อาจารย์ ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ สนับสนุนให้กำลังใจและคอยชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ พร้อมกับตรวจทานและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่และห่วงใยเสมอมาทำให้ผู้วิจัยผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคต่างๆไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตากรุณาของอาจารย์ในครั้งนี้เป็นอย่างสูง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ศจีมาจ ฌ วิเชียร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมถึงคณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และเป็นกำลังใจให้เสมอมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาและเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย รวมทั้งเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือให้มีความถูกต้องเหมาะสมจนเครื่องมือวิจัยมีความสมบูรณ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล บุคลากรฝ่ายงานวิชาการ หัวหน้ากลุ่มงาน จิตเวช พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลปทุมธานี ที่ให้ความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกต่างๆให้ ระหว่างดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และสละเวลาของท่านเพื่อมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจนบรรลุผลสำเร็จไปได้ด้วยดี

ผู้วิจัยขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นนิสิตปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่เป็นกัลยาณมิตรคอยให้ความช่วยเหลือ แนะนำ ปลอดภัย ให้กำลังใจและคอยอยู่เคียงข้างกันเสมอมา รวมถึงเจ้าหน้าที่และบุคลากรทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์ที่คอยให้คำปรึกษาและแนะนำขั้นตอนต่างๆในระหว่างดำเนินการวิจัยจนกระทั่งวิทยานิพนธ์บรรลุผลสำเร็จตามที่ตั้งใจไว้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้เป็นที่รักยิ่งและอยู่เบื้องหลังความสำเร็จในครั้งนี้ ที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนในทุกๆด้าน รวมทั้งเป็นกำลังใจที่ยิ่งใหญ่และให้โอกาสทางการศึกษาอันมีค่ายิ่ง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แต่บุพการี ครูอุปฌมาอาจารย์ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้ ขอให้ทุกท่านมีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
แนวเหตุผลและสมมติฐาน	9
สมมติฐานการวิจัย	12
ขอบเขตการวิจัย.....	13
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่จะได้รับ	16
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท	18
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	37
3. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล.....	44
4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง.....	56
5. รูปแบบกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้.....	69
6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	76
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	82

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	83
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	83
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	86
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล	108
การวิเคราะห์ข้อมูล	129
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	131
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	136
สรุปผลการวิจัย.....	143
อภิปรายผลการวิจัย.....	143
ข้อเสนอแนะ	150
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	151
รายการอ้างอิง	153
ภาคผนวก.....	167
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	168
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง	170
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	173
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย และแบบแสดงความ ยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	185
ภาคผนวก จ เอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูลและผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	191
ภาคผนวก ฉ เอกสารขออนุมัติการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ	194
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	199

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 สรุปการบูรณาการของการพัฒนากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้.....	69
ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคู่ (Matched-pair) ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	111
ตารางที่ 3 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ณ คลินิกจิตเวช แผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี.....	113
ตารางที่ 4 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง หลังได้รับกลุ่ม สนับสนุนและให้ความรู้ (กำกับการทดลอง).....	127
ตารางที่ 5 คะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังได้รับกลุ่มสนับสนุน และให้ความรู้ (กำกับการทดลอง).....	128
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพการมีโรคประจำตัว และ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (n=40).....	132
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท ก่อนและหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม	134
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท ก่อนและหลังให้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม.....	135

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของความสามารถในการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ.....	65
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	82
ภาพที่ 3 แผนภูมิสรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย	130



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทนับเป็นภาวะความผิดปกติทางด้านจิตใจชนิดรุนแรงที่พบได้บ่อย และยังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ จากการศึกษาทางระบาดวิทยา สามารถพบอัตราความชุกของโรคจิตเภทได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Minzenberg, Yoon and Carter, 2011) มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเท่ากับ 15.2 รายต่อแสนประชากร (McGrath et al., 2008) และพบความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ได้ประมาณร้อยละ 0.3-0.7 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) นอกจากนี้ยังพบอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรครายใหม่ได้ประมาณ 2 ล้านคนต่อปี (Sadock and Sadock, 2005) ส่งผลให้ในปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทสูงถึง 26 ล้านคนทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2011)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากเป็นอันดับ 1 ของการเจ็บป่วยทางจิตเวชทั้งหมด โดยสถิติล่าสุดที่รวบรวมจากโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวนมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 35.01 และจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 48.14 (กรมสุขภาพจิต, 2556) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศแถบตะวันตกผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะกลับมาอาศัยอยู่กับครอบครัวประมาณร้อยละ 25-50 (Chan and Yu, 2004; Sethabouppha and Kane, 2005) และในเอเชียผู้ป่วยจะมาอาศัยอยู่กับครอบครัวสูงถึงร้อยละ 76.8 (Cabinet Office, 2012) ส่งผลให้ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตกเป็นของครอบครัวมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ครอบครัวจะเข้ามามีส่วนรับผิดชอบและมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะดำรงชีวิตที่บ้านต่อบุคลากรทางสุขภาพ (Dangdomyouth, 2006; พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวถือว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติของความคิด ที่ส่งผลถึงการรับรู้ความจริง อารมณ์ และสังคม ทำให้มีพฤติกรรมแปลกๆ และการแสดงออกที่แตกต่างจากคนทั่วไป (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) รวมถึงการดำเนินโรคและการตอบสนองต่อการบำบัดรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายก็มีลักษณะแตกต่างกัน (Lindenmayer and Khan, 2006) ตั้งแต่โรคทุเลลงจนเหลืออาการน้อยมากไปจนถึงมีอาการของโรคเรื้อรังจนผู้ป่วยไม่สามารถทำอะไรได้ จะมีเพียงร้อยละ 10-15 เท่านั้นที่ผู้ป่วยไม่มีอาการของ

โรคอิกเลย โดยทั่วไปผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติและมีอาการกำเริบได้เป็นระยะๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ซึ่งโรคจิตเภทมีอัตราการกำเริบซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (Suzuki et al., 2003) กล่าวคือ ในระยะเวลา 6 เดือน 1 ปี และ 3-5 ปี หลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 30-40 ร้อยละ 40-50 และร้อยละ 65-70 ตามลำดับ (Mongomery and Kirkpatrick, 2002) ซึ่งการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบบ่อยครั้งนั้น จะส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2555) ทำให้การดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อนและต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้นตามไปด้วย ดังจะเห็นได้จากสถิติค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทในต่างประเทศที่สูงถึง 62.7 พันล้านดอลลาร์ต่อปี (Wu et al., 2005) ส่วนประเทศไทยเองก็ต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลถึง 23,757.56 ล้านบาทต่อปีเช่นกัน (สรุทธิ เกษมสุข, 2551) นอกจากนี้การศึกษาความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาวะโรคตามดัชนีชี้วัดการสูญเสียปีสุขภาวะยังชี้ให้เห็นว่าโรคจิตเภทเป็นสาเหตุอันดับ 8 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Jablensky, 2009) โดยผู้ป่วยจิตเภทจะสูญเสียปีสมบูรณ์จากการตายก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วยพิการ (DALYs) เท่ากับร้อยละ 1.1 และมีจำนวนปีของชีวิตที่ทุพพลภาพจากการเจ็บป่วย (YLDs) เท่ากับร้อยละ 2.8 (Rosler, 2005) ดังนั้นโรคจิตเภทจึงจัดเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Norton et al., 2006) ที่เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2552) และส่งผลให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถได้มากที่สุดของกลุ่มโรคทางจิตเวช (Phanthunane et al., 2010)

ปัจจุบันหลักการในการบำบัดรักษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น เน้นให้ความช่วยเหลือและรักษาในระยะแรกเริ่ม โดยมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในเขตพื้นที่ใกล้บ้าน เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างครอบคลุมทั้งด้านเภสัชบำบัด จิตสังคมบำบัด อาชีวบำบัด และสุขภาพจิตศึกษา ส่วนการรักษาในระยะเฉียบพลันเน้นการอยู่โรงพยาบาลระยะสั้น (สายฝน เอกวรางกูร, 2558) โดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจะถูกจำกัดลดทอนลงให้เหลือน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้คือประมาณ 2-4 สัปดาห์ และมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตตามปกติในครอบครัวและชุมชนโดยเร็วที่สุด (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552; ธีระ ลีลานันทกิจ, 2552) กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบลง สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับบ้านและชุมชนเร็วขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านพบว่า มีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่โดยทั่วไป การทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งมีพฤติกรรมแสดงออกที่ก้าวร้าวรุนแรง (Kane and Marder, 1993; วาสนา ปานดอก, 2545; Bae et al., 2010) ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทได้รับผลกระทบโดยตรงจากการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และอื่นๆ (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวส่งผลให้ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป แต่แต่ละคนมีความรู้สึกว่าการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้พวกเขาไม่มีความสุข ขาดความเข้าใจกัน การใช้ชีวิตประจำวันและเรื่องส่วนตัวของพวกเขาถูกรบกวน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกที่เป็นผู้ดูแลหลัก จะได้รับผลกระทบโดยตรงมากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ถูกทำร้ายร่างกาย ต้องลาออกจากงานทำให้ขาดรายได้ มีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องเริ่มห่างเหิน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆก็ลดน้อยลง รวมทั้งยังเกิดความรู้สึกผิดหวังและไม่สมปรารถนาในตัวผู้ป่วยอีกหลายอย่าง (Canive et al., 1996; Sawatzky and Fowler-Kerry, 2003; Chan and Yu, 2004; WHO, 2011; นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และคณะ, 2552; พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) ด้วยเหตุนี้เมื่อบุคคลในครอบครัวต้องเข้ามาทำหน้าที่รับผิดชอบในฐานะผู้ดูแลจึงต้องมีการเรียนรู้และปรับบทบาทใหม่เพื่อให้เกิดความเหมาะสม และมีความสามารถในการดูแลจัดการกับอาการต่างๆของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ (บุบผา ธนิกกุล, 2554; แก้วตา มีศรี, 2554)

การที่ผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากลักษณะของผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้านนั้น ยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองบกพร่องจากการเจ็บป่วยที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่และยังไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพให้กลับมาดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติดั้งเดิม (สุณีย์ แสงดาว, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ Orem (2001) เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ไม่อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่สนใจรับประทานอาหาร มีพฤติกรรมกรรมตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์เป็นประจำทุกสัปดาห์หรือยลละ 22.73 และมีประวัติใช้สารเสพติดร้อยละ 68.18 นอกจากนี้ยังชอบแยกตัวอยู่ตามลำพังไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและชุมชน (Holmberg and Kane, 1999; Videbeck, 2004; พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552; Bae et al., 2010) 2) ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะบกพร่องในการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง เช่น การเป็นผู้นำครอบครัวหรือการเป็นสามีภรรยา (Mueser and McGurk, 2004) ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมทำงานหรือไม่สามารถกลับไปเรียนหนังสือต่อได้ดั้งเดิม (สุณีย์ แสงดาว, 2554) และ 3) ด้านการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะปฏิเสธและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลด เพราะคิดว่าตนเองหายป่วยแล้ว (Kaplan and Sadock, 2000) อีกทั้งมีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาด้านการรับรู้จึงไม่สนใจเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสิ่งนี้อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยและไม่สามารถจัดการกับอาการต่างๆก่อนมีอาการกำเริบได้ (Kennedy et al., 2000)

การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องและมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ซึ่ง Orem (1995) เรียกบุคคลเหล่านี้ว่า บุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือพึ่งพาบุคคลอื่นไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือพยาบาล (แก้วตา มีศรี, 2554) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของ Orem (1991) มาประยุกต์ใช้โดยนำมาเป็นเกณฑ์ในการกำหนดการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความพร่องในการดูแลตนเองหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองได้ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยโรคจิตเภทหากความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) มีน้อยกว่าความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) จะทำให้เกิดการดูแลตนเองบกพร่อง (Self-care deficit) (Orem, 1991) ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการแสดงที่ไม่แน่นอน หรือพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ตลอดเวลา (สุนันทา นวลเจริญ, 2553) ทำให้ผู้ดูแลต้องได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพื่อจะได้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาหรือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำรงชีวิตของตนอยู่ในชุมชนตามปกติได้ยาวนานที่สุดนั้น ต้องอาศัยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก หากผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดีก็จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยนั้นมีประสิทธิภาพและทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ยาวนานมากขึ้น (แก้วตา มีศรี, 2554) ซึ่งความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวในการที่จะกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง อันเนื่องมาจากภาวะเปราะบางทางสุขภาพ ซึ่งแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเปรียบได้กับแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเอง แตกต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น โดยมีโครงสร้างพื้นฐานกำเนิดมาจากความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) ปรับเปลี่ยน (Transitional) และลงมือปฏิบัติ (Productive operation) นอกจากนี้ยังมีส่วนของพลังความสามารถที่เฉพาะ (Power component specific) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เพื่อที่จะทราบและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลอื่น (Orem, 2001) ซึ่งคือผู้ป่วยจิตเภทนั่นเอง

การรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังไม่ได้รับการสนับสนุนหรือการช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม ต้องค้นหาวิธีการดูแลผู้ป่วยเองที่บ้านจะรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยมีความลำบากยุ่งยาก ก่อให้เกิด

ความตึงเครียดในจิตใจ ทำให้การดูแลนั้นขาดประสิทธิภาพ (Thomson et al., 1993; Eakes, 1995; Rhoades, 2000) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับความยุ่งยากในการดูแล เช่น ต้องหาวิธีการที่จะควบคุมผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือมีพฤติกรรมรุนแรง บางครั้งต้องไปขอความช่วยเหลือจากตำรวจเพื่อควบคุมอาการ การต้องนำผู้ป่วยไปรับการรักษาตามนัด และการต้องจัดการเกี่ยวกับยาต่างๆ ของผู้ป่วยเพื่อได้รับยาอย่างต่อเนื่อง (Conn, 2003) หากผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมและจัดการกับสถานการณ์ต่างๆได้ จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล กลัว ทุกข์ใจ จนรู้สึกว่าจะไม่สามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ ส่งผลให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายและหมดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยในที่สุด (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543; เวทีนี้ สุขมาก และคณะ, 2544) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และได้รับการช่วยเหลือจากสังคมเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการฉุกเฉินต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ (Magliano et al., 2006) รวมถึงได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากบุคลากรทางการแพทย์ค่อนข้างน้อย (Magliano et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chan et al. (2009) ที่พบว่าผู้ดูแลจำนวนมากยังขาดความรู้และทักษะที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อต้องเข้ามารับบทบาทการดูแลและรับผิดชอบผู้ป่วยส่งผลให้เกิดการเพิกเฉยต่อบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลตามมาในที่สุด ซึ่งผลการศึกษาจากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนของ ณัฐกฤตา ทูมวงศ์ (2553) ยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ไม่สนใจในการดูแล ปล่อยปละละเลยทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษา ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้วิธีที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น สามารถที่จะใช้ชีวิตร่วมกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข และไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ (สุณีย์ แสงดาว, 2554) โดยผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรค เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสที่จะเกิดอาการกำเริบได้ตลอดเวลาจากการกระทำหรือการดูแลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วิสาข์ วัชรศิริบรรลือ และศุภร วงศ์วัฑฒ, 2554)

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีหลายปัจจัยจากการศึกษาของ แก้วตา มีศรี (2554) พบว่าอายุ ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนใจ ภักดีพรหม (2548) ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการศึกษาของ ศิริกาญจนา เอกสิริไตรรัตน์ (2543) พบว่าปัจจัยที่ทำนายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดคือ ความรู้เรื่องโรคหอบหืดและการสนับสนุนทางสังคมโดยสามารถร่วมอธิบายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรได้ร้อยละ 32 จากปัจจัยดังกล่าวจะพบว่าการ

สนับสนุนทางสังคมและความรู้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม

การสนับสนุนและให้ความรู้เป็นรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยในการพัฒนาสติปัญญา ความนึกคิด ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น นอกจากนี้การได้รับคำแนะนำรวมทั้งประสบการณ์จะช่วยทำให้บุคคลมีความสามารถในการใช้เหตุผลเพื่อตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองหรือปรับเปลี่ยนการกระทำตามแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Orem, 1985) ดังนั้นหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาก็ถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีต่อการรับบทบาทผู้ดูแลซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการใช้รูปแบบกลุ่มเป็นวิธีที่ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาค้นคว้าในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาในลักษณะเดียวกัน (Manidipa, 2001) โดยการพิจารณาหาทางเลือกและแนวทางที่เหมาะสมกับตนเองมาพิจารณา ตัดสินใจ นำไปสู่การลงมือปฏิบัติ

การให้ความรู้แบบกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยกลุ่มมีผลดีกว่าการให้ความรู้แบบรายบุคคล เนื่องจากกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงพลังความสามารถออกมาในการช่วยกันคิดหาวิธีทางแก้ไขปัญหาในเรื่องสุขภาพการเจ็บป่วยหรือการกระทำด้านสังคม (Manidipa, 2001) จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (De Melo, 2001) สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ยังช่วยลดความรุนแรงของโรคและยังทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่า สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำรูปแบบการบำบัดต่างๆมาประยุกต์ใช้ เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544; สุนันทา นวลเจริญ, 2553) ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวจะเน้นที่การดูแลและสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ดูแลเป็นสำคัญ โดยที่ยังขาดการให้ความรู้และการสนับสนุนผู้ดูแลซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การเข้าช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทโดยการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ซึ่งหมายถึง การให้ความรู้ในด้านต่างๆเพื่อให้ไปสู่เป้าหมายของการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย โดยการสอนเกี่ยวกับปัญหาของเขา วิธีการรักษา การสังเกตถึงอาการเตือนที่บ่งบอกถึงการกำเริบเพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือตั้งแต่ต้นก่อนที่จะมีอาการจะแย่ง รวมทั้งสอนทักษะในการรับมือกับสิ่งต่างๆ ทักษะการแก้ปัญหาให้แก่ญาติ ผู้ดูแลเพื่อช่วยให้พวกเขาดูแลกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถลดการ

กำเริบและการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำเมื่อติดตามไป 9-12 เดือน ลดระดับของการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ และยังทำให้ความร่วมมือในการกินยาดีขึ้นอย่างชัดเจน (Pekkala and Merinder, 2002) นอกจากนี้ยังช่วยฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้นและช่วยให้บรรยากาศในครอบครัวน่าอยู่ สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกที่ดีต่อกันมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภท (McFarlane et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา สุขทอง (2554) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มส่งผลต่อการลดภาระและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอันจะส่งผลให้อัตราการป่วยซ้ำและต้องกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลงตามมาด้วย จะเห็นได้ว่าการใช้ความรู้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานอกจากจะใช้ในการคิดพิจารณา ตัดสินใจแล้วยังใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาอีกด้วย (Orem, 2001) การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอจะส่งผลกระทบต่อคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งถือว่าเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (รัชนี พจนา และคณะ, 2545) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ สุนีย์ แสงดาว (2554) พบว่าการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีผลต่อการลดภาระได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติและยังช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมแล้วจะมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดี (แก้วตา มีศรี, 2554) เนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลนั้นเปรียบเสมือนการเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมการดูแลและคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นคงทางอารมณ์และได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุประสงค์ต่างๆ (Orem, 2001) รวมทั้งก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพทางกายของผู้ดูแลสร้างกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีการปรับตัวที่ดี มีข้อมูลในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินและการเข้าถึงทรัพยากรทางสังคมที่จำเป็น (Hupcey, 1998; Berkman and Glass, 2000; Imas et al., 2011; ขนิษฐา หะยิมะแซ, ภาสุรี แสงสุภาวนิช และอุทัย ปริญาสุทธินันท์, 2556) ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนอย่างเหมาะสมก็จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลที่ดีขึ้นและสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

ในประเทศไทยและในต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาการสนับสนุนและการให้ความรู้ได้แก่ การศึกษาของ นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต (2548) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaur et al. (2009) ที่ศึกษาผลการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดดีขึ้น และ Kauric

Klein (2011) ทำการศึกษาการปรับปรุงการควบคุมความดันโลหิตในโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยการพยาบาลแบบสนับสนุนความรู้ พบว่า ความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ลดลงใน กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ดังนั้นการสนับสนุนและให้ความรู้จึงเป็นวิธีที่ ก่อให้เกิดผลดีในการพัฒนาความรู้ ทักษะ เจตคติ ความเชื่อ และแรงจูงใจในการกระทำการดูแล บุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งจะทำให้ความสามารถในการดูแลดีขึ้น (นฤยา ภัคตรเจริญ, 2545)

การพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่ต้องการ พึ่งพา เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจะต้องได้รับการพัฒนาทักษะ ความรู้ และความสามารถ ด้านสัมพันธภาพ รวมทั้งคงไว้ซึ่งความตั้งใจในการให้การดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพา ซึ่งการใช้กลุ่มสนับสนุน และให้ความรู้ ถือว่าเป็นรูปแบบการพยาบาลที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้ดูแลเพราะบุคคลเหล่านี้มัก จะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ โดยพยาบาลจะให้ช่วยเหลือ ด้วยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นวิธีการช่วยเหลือที่มีความ สำคัญต่อการพัฒนาความสามารถของบุคคลให้ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ให้ตรง หรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง รู้จักเลือกวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสมในการจัดการกับปัญหาและ สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะนำกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนา ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อันจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ ความรู้แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้กับ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับกลุ่ม สนับสนุนและให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่ม สนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ได้กล่าวถึงความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาไว้ว่า เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง อันเนื่องจากภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ ในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเองหลายด้าน ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นได้ด้วยตนเองตามลำพังหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Phanthunane et al., 2010) ดังนั้นจึงต้องอาศัยความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent-care agency) ของผู้ดูแลมาช่วยเหลือเพื่อมาตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยจิตเภทนั่นเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; แก้วตา มีศรี, 2554)

การที่ผู้ดูแลจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ดูแล เนื่องจากความสามารถในการดูแลนี้เป็นการกระทำอย่างตั้งใจและมีเป้าหมายเพื่อดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งไม่ใช่การกระทำการดูแลโดยทั่วไป ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้นประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับคือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการได้แก่ การคาดการณ์ การปรับเปลี่ยนและการลงมือปฏิบัติ 2) พลังความสามารถ 10 ประการและ 3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ซึ่งโครงสร้างทั้ง 3 ระดับของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาดังกล่าว จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและสามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นการที่ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้นั้น จำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถที่จะตัดสินใจและความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ ซึ่งผู้ดูแลจำเป็นต้องใช้พลังงานที่มีอยู่นำมาซึ่งการตัดสินใจที่จะดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลต้องประเมินความสามารถของผู้ที่ให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพากับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยจิตเภท หากความสามารถของผู้ดูแลที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทมีไม่เพียงพอ ผู้ดูแลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล เพื่อทดแทนความสามารถและแก้ไขความพร่องที่เกิดขึ้น (Orem, 2001)

จากแนวคิดของ Orem (2001) รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้จะทำให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม จะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงสมรรถนะตนเอง เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถปรับเปลี่ยนการดูแลตามสถานการณ์และตัดสินใจในการดูแลได้อย่างถูกต้องทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจและให้การ

ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ถูกต้องมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ปลอดภัยและต่อเนื่องได้ นอกจากนี้การใช้รูปแบบกลุ่มจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายอื่นๆ เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้รับความเห็นอกเห็นใจส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม โดยจะมีดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 วัน เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน การคาดการณ์ การสร้างแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) และมีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการ ตามแนวคิดของ Orem (2001) การพูดคุยสร้างสัมพันธภาพจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจกันมากขึ้น และยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเองด้วยความเต็มใจขณะทำกิจกรรมกลุ่ม (สมบัติ รียาพันธ์, 2552) ร่วมกับการประเมินความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมายในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001) เพราะหากผู้ดูแลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จริงจังและมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ซึ่งก็คือผู้ป่วยจิตเภทนั่นเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) อีกทั้งการได้รับบายความรู้สึกรจากการทำบทบาทผู้ดูแล และการที่ผู้ดูแลแต่ละบุคคลได้พิจารณาถึงปัจจัยที่ขัดขวางความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ถือเป็น การตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบภายในตนเอง รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยและความต้องการในการปรับการดูแลผู้ป่วย (Orem and Taylor, 1986) การให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแลช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ เกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้นได้ตรวจสอบความคาดหวังของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการดูแล ที่จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน (สุณีย์ แสงดาว, 2554) มีพลังความสามารถที่จะทำการดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยจิตเภทอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องได้ (ละเอียต ปานนาค และสิรินภา จาติเสถียร, 2555)

กิจกรรมที่ 2 การปรับเปลี่ยน การส่งเสริมให้ความรู้และฝึกทักษะในการตัดสินใจเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่มุ่งให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการปรับเปลี่ยน (Transitional) ส่งเสริมให้มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้

สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ รวมถึงมีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการตามแนวคิดของ Orem (2001) การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและยาที่จำเป็นอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับผู้ดูแลนั้น จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรทำหรือสิ่งที่สามารถกระทำได้เพื่อนำไปใช้ในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Orem, 2001) นอกจากนี้การยกตัวอย่างสถานการณ์ให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการตัดสินใจและการลงมือฝึกปฏิบัติจริงในการจัดยาด้วยตนเองนั้น ถือเป็นส่งเสริมให้เกิดทักษะและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแบบแผนการดำเนินชีวิตและสนับสนุนการใช้แหล่งทรัพยากร เป็นกิจกรรมที่มุ่งให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการปรับเปลี่ยน (Transitional) ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลผู้ป่วย และสามารถที่จะปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสอดแทรกการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการตามแนวคิดของ Orem (2001) การให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านพร้อมกับวิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าว แล้วผู้วิจัยสรุปประเด็นให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การสังเกตอาการเตือนและการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆ รวมถึงการบันทึกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน ถือเป็นกรให้ข้อมูลที่จำเป็นและเป็นปัจจุบันเพื่อนำไปใช้แก้ปัญหที่ผู้ดูแลกำลังเผชิญอยู่ นับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมการดูแลและคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและเกิดความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้น (Orem, 2001)

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นกิจกรรมที่มุ่งให้เกิดความสามารถในการปรับเปลี่ยน (Transitional) ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการตามแนวคิดของ Orem (2001) เนื่องจากร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ การที่ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์

เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของของตนเองที่ผ่านมาในขณะที่ต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทควบคู่ไปด้วย ผู้วิจัยสรุปประเด็นและให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง ต่อจากนั้นให้สมาชิกทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย วิธีการจัดการกับความเครียดนั้นและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำวิธีนั้นไปปฏิบัติ แล้วผู้วิจัยสรุปประเด็นให้ข้อมูลความรู้เรื่องความเครียด และวิธีการจัดการกับความเครียดเพิ่มเติม รวมถึงสอนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้บรรเทาความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้นมีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย (สุณีย์ แสงดาว, 2554) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดีขึ้นตามมา (Dagmara et al., 2014) ต่อจากนั้นผู้วิจัยจะทบทวนถึงการบ้านที่ได้มอบหมายไว้ให้ในสัปดาห์ที่ 3 โดยนำประเด็นที่มีประโยชน์มาสนทนาเพิ่มเติม ชี้แนะในสิ่งที่สมาชิกให้ความสนใจ เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์เมื่อต้องประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกันในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 5 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่มุ่งให้เกิดความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยและมีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สติปัญญาการรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นเพื่อปรับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการ ตามแนวคิดของ Orem (2001) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเลือกสถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงที่ผู้ดูแลอาจประสบหรือพบได้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาประยุกต์ใช้ โดยใช้โรงงานสถานการณ์จำลองให้สมาชิกช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์ตามที่กำหนดให้ และให้ฝึกทักษะการสื่อสารตามสถานการณ์ต่างๆที่ได้รับ ซึ่งการให้สถานการณ์จำลองและข้อมูลที่เสมือนกับชีวิตจริง จะทำให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการตัดสินใจ สร้างทางเลือกและประเมินการตัดสินใจในสถานการณ์นั้นๆได้ ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ และสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาในชีวิตจริงได้ (พร้อมพรรณ สัชชานนท์, 2554)

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental Research)แบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้ง คือ ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 ที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 ที่มาพบแพทย์หรือมารับยาแทนผู้ป่วยในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 40 คน

ตัวแปรต้น คือ กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความชำนาญ ความเชี่ยวชาญของผู้ดูแลในการตัดสินใจและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยด้านต่างๆ ซึ่งความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแลนี้ประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (The Appraisal of Self-Care Agency Scale : From A) ที่สร้างตามแนวคิดของ Ever et al. (1985) ที่แปลโดย Hanucharunkul (1988) พัฒนาโดย แก้วตา มีศรี (2554) โดยต้องมีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80

กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลดำเนินการให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Orem (2001) ประกอบด้วยการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยได้นำโครงสร้างทั้ง 3 ระดับของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา Capabilities for dependent operation) พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาเป็นกิจกรรมของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรมครอบคลุมประเด็นต่างๆ คือ 1) การประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน การคาดการณ์ การสร้างแรงจูงใจที่

จะกระทำการดูแลผู้ป่วย 2) การปรับเปลี่ยน การส่งเสริมให้ความรู้และฝึกทักษะในการตัดสินใจเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย 3) การส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแบบแผนการดำเนินชีวิตและสนับสนุนการใช้แหล่งทรัพยากร 4) การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย โดยดำเนินการเป็นรูปแบบกลุ่มจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 วัน ติดต่อกันเป็นเวลา 5 สัปดาห์ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน การคาดการณ์ การสร้างแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย หมายถึง การดำเนินการของผู้วิจัยใช้การสร้างสัมพันธภาพ มีการให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความคาดหวังหรือความต้องการที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลได้วิเคราะห์ปัจจัยหรือสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับประเมินความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 การปรับเปลี่ยน การส่งเสริมให้ความรู้และฝึกทักษะในการตัดสินใจเพื่อการดูแลผู้ป่วย หมายถึง การดำเนินการของผู้วิจัยโดยให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเดิมที่มีอยู่ร่วมกับการให้ข้อมูลความรู้ที่จำเป็นและเป็นปัจจุบันเกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้แก่ สาเหตุ อาการ และการรักษา ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต พร้อมทั้งวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะฝึกทักษะการตัดสินใจโดยยกตัวอย่างสถานการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้วให้ผู้ดูแลตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการจัดยาอย่างถูกวิธีและให้ฝึกปฏิบัติจริง

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแบบแผนการดำเนินชีวิตและสนับสนุนการใช้แหล่งทรัพยากร หมายถึง การดำเนินการของผู้วิจัยโดยให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งวิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าว แล้วผู้วิจัยสรุปประเด็นให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ นอนไม่หลับ หงุดหงิดโมโหง่าย ก้าวร้าว เกียจคร้าน ไม่สนใจทำงาน นอนหลับและดูโทรทัศน์ทั้งวัน มีพฤติกรรมแปลกๆ และดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เป็นต้น การสังเกตอาการเตือนและการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆ รวมถึงการบันทึกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินการของผู้วิจัยโดยให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับผลกระทบทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยพร้อมกับวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองที่ผ่านมา ผู้วิจัยสรุปประเด็นและให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง ต่อจากนั้นทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองและแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย วิธีการจัดการกับความเครียดนั้นและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำวิธีนั้นไปปฏิบัติ แล้วผู้วิจัยสรุปประเด็นให้ข้อมูลความรู้เรื่องความเครียด และวิธีการจัดการกับความเครียดเพิ่มเติม รวมถึงสอนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆ และพูดคุยถึงการบ้านที่ได้มอบหมายไว้ให้ในสัปดาห์ที่ 3 ในประเด็นที่เป็นประโยชน์

กิจกรรมที่ 5 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย หมายถึง การดำเนินการโดยผู้วิจัยจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และใช้สถานการณ์จำลองในการดำเนินกิจกรรมดังนี้ ผู้วิจัยจะแบ่งผู้ดูแลออกเป็น 2 กลุ่ม พร้อมกับแจกใบงานที่มีสถานการณ์จำลองให้ผู้ดูแลกลุ่มละ 1 เรื่อง หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์จำลองที่ได้รับโดยให้ตอบคำถามตามที่กำหนดให้และให้สมาชิกเขียนลงในกระดาษฟลิปชาร์ตแล้วส่งตัวแทนออกมานำเสนอกกลุ่มละ 1-2 คน ซึ่งผู้วิจัยจะสรุปประเด็นต่างๆ พร้อมกับช่วยชี้แนะ สนับสนุน ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลในกลุ่ม และให้ฝึกทักษะการสื่อสารตามสถานการณ์ต่างๆที่ได้รับ พร้อมกับเปิดโอกาสให้สมาชิกที่สนใจเล่าประสบการณ์จริงจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นให้ซักถามข้อสงสัย สรุปแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปใช้ในชีวิตจริงและร่วมกันประเมินผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ซึ่งโรคจิตเภทประกอบด้วยกลุ่มอาการหลักที่มีลักษณะเฉพาะได้แก่ อาการด้านบวก อาการด้านลบ และความผิดปกติของความคิด ซึ่งทั้งหมดส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของสภาวะทางจิตคือ การรับรู้ ความตั้งใจ จดจ่อ ความจำ และอารมณ์ (Lindenmayer and Khan, 2012) อาการด้านบวกเป็นการแสดงพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติเกินพอดี หรือบิดเบือนไปจากความจริงได้แก่ อาการหลงผิดและประสาทหลอน (Steel and Wykes, 2013) ในขณะที่อาการด้านลบเป็นการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ขาดหายไปหรือน้อยเกินไปเมื่อเทียบกับคนทั่วไปเช่น การไม่แสดงออกทางอารมณ์หรือมีอารมณ์ที่อ เจยเมย ขาดแรงจูงใจหรือมีน้อย มีความยากลำบากในการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมกับบุคคลอื่น รวมทั้งไม่มีเป้าหมายที่แน่ชัดของตนเอง (Kring and Smith, 2013) ซึ่งอาการดังกล่าวจะต้องเป็นอย่างน้อย 6 เดือน และมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิต (BPRS) ≤ 30 คะแนนคือ เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตทุเลาสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ และมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลปทุมธานี

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยและมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือทางกฎหมายได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง เขย สะใภ้ และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า

6 เดือนขึ้นไป มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ และไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนหรือรางวัลใดๆจากการดูแลผู้ป่วย

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้บริการพยาบาลซึ่งพยาบาลประจำการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ณ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี ดังนี้ การประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหาและแจกเอกสารแผ่นพับ

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. ส่งเสริมรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลช่วยเหลือให้สามารถดำรงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยไม่เกิดปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้อง
4. ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้รับประโยชน์เต็มที่จากการมาโรงพยาบาลเป็นระยะโดยผู้ดูแลได้รับการทางการพยาบาลที่ช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ได้รับการประเมินความพร้อมในการดูแล รวมถึงได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม จนผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทลงได้
5. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ในการให้ความรู้และส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพยาบาลสามารถนำรูปแบบกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้ ในคลินิกจิตเวช เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวจะช่วยให้ประหยัดเวลาและมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ความรู้แบบรายบุคคล
6. ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนหรือกำหนดนโยบายการปรับปรุงการให้บริการทางการพยาบาลที่ดีขึ้นได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปเนื้อหาสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
 - 1.3 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท
 - 1.5 การดำเนินโรค
 - 1.6 การรักษาโรคจิตเภท
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2 ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.4 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
 - 2.5 บทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.4 การพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.5 การประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลตนเอง
 - 4.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care)
 - 4.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)

4.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system)

4.4 แนวคิดรูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้

5. รูปแบบกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท มีผู้ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้ดังนี้

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ให้คำนิยามไว้ตามการจำแนกโรคของ DSM-IV-TR (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders Forth Edition Text Revision) ให้ความหมายไว้ว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะความผิดปกติเช่น ประสาทหลอน หลงผิด หรือมีอาการทางลบ (การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง) บกพร่องในการเข้าสังคม การทำงานและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยมีอาการต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน (American Psychiatric Association, 2000)

องค์การอนามัยโลก ให้คำนิยามไว้ตามการจำแนกโรคของ ICD-10 (The International classification of Diseases-10) ให้ความหมายไว้ว่าเป็นโรคที่มีลักษณะความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความคิด และการรับรู้ มีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือมีอาการเฉยเมย โดยสภาพความรู้สึกตัวและเขารู้ปัญญามักจะยังคงปกติอยู่ แม้จะพบว่ามีอาการสูญเสียการรับรู้บ้างเมื่อป่วยเป็นระยะเวลานาน (WHO, 2007)

Sadock and Sadock (2007) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติหลากหลายทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป

Black and Andreasen (2011) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นลักษณะอาการที่รวมถึงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองคือ มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ การเชื่อมโยงความคิด ภาษา ความจำ การทำหน้าที่ต่างๆ อาการสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย และอวัยวะทางสมองไม่ได้สูญเสียการทำงาน

อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ (2557) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางสมอง ซึ่งทำให้ความคิด ภาษา การสื่อสาร อารมณ์ พฤติกรรมทางสังคม และการรับรู้ของผู้ป่วยแปลกไปจากสภาพความเป็นจริง

สรุป โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และแสดงออกให้เห็นทางพฤติกรรมที่ผิดแปลกจากคนทั่วไป สามารถแบ่งอาการได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวกและด้านลบ โดยผู้ป่วยมีอาการต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.2 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ได้รับความนิยมในปัจจุบันมี 2 ระบบคือ เกณฑ์ของ DSM-5 และเกณฑ์ของ ICD-10 ดังนี้

1.2.1 วินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders Forth Edition: DSM-5) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

A. ผู้ป่วยต้องมีอาการนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือนโดยต้องมีอาการในข้อ 1-3 อยู่ 1 อาการ

1. อาการหลงผิด (Delusion) มีอาการหลงผิด โดยที่ไม่เป็นจริง
2. อาการประสาทหลอน (Hallucination) มีอาการประสาทหลอนเป็นการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก
3. มีอาการด้านการพูด (Disorganized speech) เช่น พูดคนเดียว พูดเนื้อหาไม่สัมพันธ์กันขาดความต่อเนื่อง สร้างคำขึ้นเองโดยที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ
4. มีพฤติกรรมแปลกๆทำอะไรต่างจากคนปกติ (Grossly disorganized behavior) หรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ นิ่งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ (Catatonic behavior)
5. อาการทางลบ (negative symptoms) เช่น มีอารมณ์เฉยเมย ราบเรียบ พูดน้อย หรือไม่พูด

B. ระดับความสามารถในด้านสำคัญๆ เช่น ด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง ลดลงจากเดิมอย่างเห็นได้ชัด เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน

C. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ A) อย่างน้อยนาน 1 เดือน (ระยะเวลาที่มีอาการอาจจะน้อยกว่า 1 เดือนได้หากผู้ป่วยได้รับการรักษาและการรักษานั้นได้ผล) และอาจรวมถึง prodromal หรือ residual phase โดยในช่วงนี้อาการที่พบอาจเป็นเพียงอาการด้านลบหรืออาการตามข้อ A ตั้งแต่ 2 อาการแต่แสดงออกแบบเล็กน้อย (เช่น คิดแปลกๆหรือมีอาการรับรู้ที่ไม่ปกติแต่ไม่ถึงขั้นประสาทหลอน)

D. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยา หรือ สารเสพติด

1.2.2 วินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก (The International classification of Diseases 10th revision: ICD-10) ได้จำแนกเป็นกลุ่มอาการเพื่อความสะดวกในทางปฏิบัติและง่ายต่อการวินิจฉัย ดังนี้ (สูวนีย์ เกี่ยวกิงแก้ว, 2554)

1.2.2.1 อาการผิดปกติด้านความคิด ได้แก่ มีความคิดสะท้อนกลับ (thought echo) มีความเชื่อว่าความคิดในสมองของตนเองเป็นความคิดของคนอื่นที่ใส่เข้ามา (thought insertion) หรือเชื่อว่าความคิดในสมองของตนถูกดึงออกไปจากสมองด้วยอำนาจบางอย่าง (thought withdrawal) ความคิดของตนถูกเผยแพร่กระจายออกไปทำให้ผู้อื่นล่วงรู้ความคิดของตน (thought broadcasting)

1.2.2.2 อาการหลงผิด (Delusions) มีอาการหลงผิดอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดและการกระทำของเขาถูกควบคุมจากอำนาจภายนอกบางอย่าง (Delusion of control) มีสิ่งมีอิทธิพลเหนือตนควบคุมการเคลื่อนไหวหรือไม่ให้เคลื่อนไหว หลงผิดว่ามีผู้ควบคุมความคิดของตนเอง การกระทำ หรือการรับรู้ของตน

1.2.2.3 อาการประสาทหลอน (Hallucination) เกิดจากการรับรู้ที่ผิดปกติ แสดงออกทางพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไปซึ่งมาจากการตอบสนองการรับรู้ที่ผิดนั้น เช่น พูดคนเดียว หรือทำอะไรแปลกๆ เนื่องจากได้ยินเสียงสั่งให้ทำ

1.2.2.4 มีความหลงผิดอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง ความคิดหลงผิดนั้นไม่สอดคล้องกับความเชื่อหรือวัฒนธรรมในสังคมนั้นๆ เช่น สามารถคุยกับมนุษย์ต่างดาวได้ ควบคุมสภาพดินฟ้าอากาศได้

1.2.2.5 มีอาการประสาทหลอนอย่างต่อเนื่อง และมีอาการหลงผิดร่วมด้วยทุกวันเป็นระยะเวลาเป็นสัปดาห์หรือหลายเดือน

1.2.2.6 การพูดที่ไม่สอดคล้องกัน พูดไม่ตรงประเด็น สร้างคำพูดหรือภาษาขึ้นมาใหม่

1.2.2.7 มีพฤติกรรมคงรูปเดิม (Catatonic behavior) เช่น เมื่อจับให้อยู่ในท่าใดก็จะคงอยู่ในท่านั้นเป็นเวลานานคล้ายหุ่นขี้ผึ้ง (waxy flexibility) มีพฤติกรรมต่อต้าน (negativism) เป็นใบ้ เพราะไม่ยอมพูด (mutism) และอาการมีนงง รู้สึทวันน้อย (stupor)

1.2.2.8 อาการทางลบ (Negative symptoms) เช่น ไร้อารมณ์ เฉยเมย แยกตัว เป็นต้น

1.2.2.9 พฤติกรรมโดยทั่วไปหรือพฤติกรรมบางอย่างเปลี่ยนไป คือ ไม่มีความสนใจสิ่งต่างๆ ไม่มีจุดมุ่งหมาย เกียจคร้าน หมกมุ่นกับตนเอง แยกตัวออกจากสังคม

ในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทต้องมีอาการในข้อ 1-4 ที่ชัดเจน 1 อาการหรือถ้าอาการไม่ชัดเจนจะต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการหรือมากกว่าและมีอาการในข้อ 5-8 ตลอดเวลาอย่างน้อย 2 อาการเป็นระยะเวลา 1 เดือน แต่ถ้ามีอาการเข้าเกณฑ์แต่ไม่ถึง 1 เดือนก็ให้วินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia-like psychotic disorder

สรุป การจำแนกประเภทความผิดปกติด้านจิตเภทสามารถจำแนกได้หลายระบบ แต่ระบบที่ได้รับ ความนิยมในปัจจุบันมี 2 ระบบ คือ จำแนกตามคู่มือการวินิจฉัยโรค DSM-5 ของสมาคมจิตแพทย์ อเมริกันและจำแนกตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก

1.3 สาเหตุ

การหาสาเหตุของโรคจิตเภทนั้น นักวิจัยและนักปฏิบัติการทางคลินิกได้ศึกษาค้นคว้ามานับตั้งแต่ ระยะเวลาหลังของปี ค.ศ. 1800 เรื่อยมา โดยในช่วงครึ่งแรกของศตวรรษที่ 20 มุ่งเน้นไปที่พยาธิสภาพ ของโรคด้วยการชันสูตรสมองแต่ยังไม่สามารถค้นพบจนปี ค.ศ.1950 และในปี ค.ศ.1960 จึงมุ่งศึกษา หาสาเหตุทางจิตวิทยาและสังคม ซึ่งทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้กล่าวไว้ว่า โรคจิตเภทเกิด จากการดำเนินสัมพันธภาพที่ผิดปกติในช่วงต้นของชีวิตหรือในระยะวัยรุ่นแต่ก็ยังไม่มีการศึกษาเพื่อ พิสูจน์สมมติฐานของทฤษฎี จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1970 การศึกษาจึงมุ่งเน้นไปที่สาเหตุจากระบบ สารเคมีในสมอง เพราะทฤษฎีทางประสาทวิทยาและประสาทเคมีได้รับการยืนยันจากผลการใช้ยา ด้านโรคจิตที่สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ นอกจากนี้ภาพจากcomputer tomography ยังแสดง ให้เห็นว่าโครงสร้างและหน้าที่ของสมองในผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความแตกต่างไปจากบุคคลทั่วไป

อย่างไรก็ตามสาเหตุของโรคจิตเภทยังไม่แน่ชัด ส่วนใหญ่มักจะเป็นผลมาจากปัจจัยร่วมกันของ ปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจและสิ่งแวดล้อม (อัจฉราพร สิริธัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.3.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological factors)

1.3.1.1 พันธุกรรม (genetic factors) จากการศึกษาทางพันธุกรรมในครอบครัว ในบุตร บุณธรรม และในคู่แฝดพบความเสี่ยงดังนี้ ลูกที่มีพ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทพบความเสี่ยงได้ร้อยละ 12 ถ้าลูกที่มีทั้งพ่อและแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทพบความเสี่ยงได้ร้อยละ 46 ขึ้นไป หรือในประวัติ ครอบครัวมีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทจะพบความเสี่ยงได้ร้อยละ 8 ส่วนคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละ ใบพบความเสี่ยงได้ร้อยละ 15-17 และคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันพบความเสี่ยงได้ร้อยละ 40-50 แต่เด็กที่พ่อแม่บุณธรรมป่วยเป็นโรคจิตเภทและพ่อแม่ที่ให้กำเนิดไม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจะไม่แสดง อัตราการป่วยเพิ่มขึ้น (อัจฉราพร สิริธัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.3.1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง (biochemistry factors) สมมติฐานโดพามีนเชื่อว่าเกิด จากการที่มี dopamine ในสมองปริมาณมากเกินไปและกระตุ้นการทำงานของเซลล์ประสาทมากกว่า ปกติ (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553) ส่วนสารสื่อประสาท serotonin จากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยโรค จิตเภทจะมี serotonin-2 receptor บริเวณ frontal cortex ลดลงและยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ Serotonin (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) ซึ่งจากการศึกษาในระยะหลังเกี่ยวกับสารสื่อประสาท glutamate พบว่าความผิดปกติของโรค จิตเภทนั้นอาจเกี่ยวข้องกับ glutamate เนื่องจาก receptor ของ glutamate คือ N-methyl-D-aspartic acid receptor มีการทำหน้าที่ลดลงทำให้เกิดสภาพไม่สมดุลระหว่างระบบ glutamate

และระบบGABA ทำให้เกิดสถานะexcitotoxicity ร่วมกับมี neuro-plasticity บกพร่องไป (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.3.1.3 กายวิภาคของสมอง (neuroanatomic factors) การตรวจด้วยเครื่อง CT scan พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของโครงสร้างสมองคิดเป็นร้อยละ 20-50 (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557) โดยพบว่าบริเวณของ cortical gray matter มีเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ และมีสมองส่วน ventricles ที่โตกว่าปกติ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการมีสมองส่วน ventricles ที่โตกว่าปกตินั้นมีความสัมพันธ์กับการมีอาการด้านลบ การบกพร่องทางด้าน cognition และการตอบสนองต่อการบำบัดรักษาที่ไม่ดีของผู้ป่วย นอกจากนี้ปัจจุบันยังพบหลักฐานทางชีวภาพที่มาสสนับสนุนแนวคิดว่าป็น neurodevelopmental disorder (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) นอกจากนี้มีการศึกษาโดยใช้ MRI สมองพบว่าบริเวณของ frontal lobe มีขนาดเล็กกว่าเกณฑ์เฉลี่ย และบริเวณ temporal lobe สิบเล็กลง (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.3.1.4 ประสาทสรีรวิทยา (neurophysiological factors) มองว่าโรคจิตเภทนั้นเกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองหลากหลายวงจรซึ่งมีความเกี่ยวโยงกันทั้งในระดับ cortical และ subcortical อาจมองว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคของ disturbed neural connectivity ซึ่งแตกต่างไปจากแนวคิดเดิม จากการศึกษาค้นพบว่าในสมองส่วน frontal lobe มีcerebral blood flow และ Glucose metabolism ลดลงจึงสันนิษฐานว่าการที่มี prefrontal lobe dysfunction นั้นมีความสัมพันธ์กับอาการด้านลบและด้าน cognitive ของผู้ป่วยจิตเภท (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.3.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors)

1.3.2.1 ความขัดแย้งภายในจิตใจ (intrapsychic conflict) ได้แก่ ความผิดปกติทางพัฒนาการบุคลิกภาพที่เกิดในช่วงขวบปีแรกและการที่ตนเองไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเพียงพอ ซึ่งตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าเป็นความบกพร่องของอีโก้ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.3.2.2 การสื่อสารสองนัย (double-bind communication) การสื่อสารภายในครอบครัวที่ไม่ชัดเจนเป็นสองนัยหรือขัดแย้งกันเองในเวลาเดียวกันทำให้เด็กเกิดความลังเลและขาดความมั่นใจ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554; อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.3.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูกผิดปกติ (defects in the mother-child relationship) ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่แม่มีอำนาจเหนือลูกจนลูกยึดติดไม่สามารถแยกตัวออกไปจากแม่ได้ จึงมีลักษณะไม่ช่วยเหลือตนเองและถดถอย หรือการเลี้ยงดูเด็กแบบปกป้องมากเกินไปจะทำให้เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้เด็กเป็นโรคจิตเภทเมื่อโตขึ้น (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.3.2.4 ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ผิดปกติ (dysfunction family) ในครอบครัวมีสมาชิกที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ป่วยทางจิต บุคลิกภาพแปรปรวน ดิตสุรา ดิตสารเสพติด เป็นต้นเชื่อว่ามีผลต่อคุณภาพการเลี้ยงดูบุตร ไม่สามารถตอบสนองต่อร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.3.3 ปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic factors)

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมักอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีฐานะยากจนมากกว่าผู้ที่มีฐานะดี โดยเชื่อกันว่ากลุ่มที่มีฐานะยากจนต้องเผชิญกับความเครียดต่างๆมากกว่า และเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้วจะทำให้สถานภาพทางสังคม และฐานะทางเศรษฐกิจจะตกต่ำลง (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554; อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

ปัจจุบันพบหลักฐานทางชีวภาพในโรคจิตเภทที่มาสสนับสนุนค่อนข้างมาก แนวคิดปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสมองและจัดเป็น neurodevelopmental disorder แม้ว่าอาการของผู้ป่วยจะแสดงออกในช่วงต้นวัย 20 ปี แต่ผู้ป่วยเองมีความผิดปกติตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิตอยู่แล้วจากความเสี่ยงทางพันธุกรรม ร่วมกับถูกรบกวนกับปัจจัยต่างๆขณะตั้งครรภ์หรือขณะคลอด ผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อการพัฒนาของเซลล์สมองในด้านต่างๆ ซึ่งในช่วงวัยเด็กอาจมีการแสดงออกไม่ชัดเจนจนกระทั่งวัยหนุ่มสาว ผู้ป่วยมักจะมีสภาพสมดุลของสมองในด้าน excitatory inhibitory pathway ของ prefrontal cortex เปลี่ยนไปมากร่วมกับมีภาวะ myelination ที่ลดลงจนส่งผลกระทบต่อการทำงานเชื่อมต่อนิวรอนระหว่างเซลล์ในส่วนต่างๆ ภาวะเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคขึ้นมาในที่สุด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2558)

สรุป สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้นยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าเป็นผลจากหลายสาเหตุร่วมกันทั้งปัจจัยทางด้านชีวภาพ จิตสังคม สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจุบันก็พบหลักฐานทางชีวภาพมากขึ้นที่มาสสนับสนุนค่อนข้างมากกว่าโรคจิตเภทนั้นเกิดจากความผิดปกติของสมอง ทำให้โรคจิตเภทจัดเป็น neurodevelopmental disorder ส่วนแนวคิดที่ได้รับการยอมรับกันในปัจจุบันก็คือ stress diathesis model ที่เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีแนวโน้มหรือมีจุดอ่อนบางอย่างเมื่อพบสภาพกดดันบางอย่างมากระตุ้นก็จะทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมาได้

1.4 อาการและอาการแสดง สามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆได้ดังนี้

1.4.1 อาการทางด้านบวก (positive symptoms) เป็นอาการที่เกิดจากความผิดปกติของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม สามารถแสดงอาการให้เห็นอย่างชัดเจนได้ตั้งแต่ระยะอาการนำจนถึงระยะหลงเหลืออาการ (ยรัชชา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) ซึ่งมีอาการดังนี้

1.4.1.1 อาการหลงผิด (delusion) เป็นความเชื่อที่ไม่มีหลักฐานมาสสนับสนุนว่าเป็นความจริง และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ถูกต้องได้โดยการใช้เหตุผล ซึ่งต้องแยกออกจากความเชื่อทางสังคม วัฒนธรรมโดยทั่วไปของผู้ป่วย ทั้งนี้ความหลงผิดที่เกิดขึ้นจะต้องไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิต

ด้านต่างๆของผู้ป่วยเหมือนกับที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Lindenmayer and Khan, 2006) ซึ่งอาการหลงผิดในผู้ป่วยจิตเภทมักมีลักษณะแปลกประหลาดซึ่งชนิดที่พบบ่อย เรียกว่า Schneider's first-rank symptoms ได้แก่ ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดและการกระทำของพวกเขาถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอกบางอย่าง (delusion of control) ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดของพวกเขาถูกดึงออกไปจากสมองด้วยอำนาจบางอย่าง (thought withdrawal) ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดในสมองของเขาเป็นความคิดของคนอื่นใส่เข้ามา (thought insertion) และผู้ป่วยเชื่อว่าผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความคิดของตนเองได้ (thought broadcasting) (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.4.1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้ที่ปราศจากสิ่งเร้าจากภายนอก ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอนชนิดต่างๆที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการหูแว่ว พบถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่มักพบร่วมกับอาการหลงผิด คืออาการเห็นภาพหลอนผู้ป่วยจะเห็นภาพที่ไม่มีอยู่จริงโดยที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก (ยุรัชชา ปรีชา และพิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552)

1.4.1.3 ความผิดปกติของความคิดและคำพูด (disorganized thinking and speech) ผู้ป่วยจิตเภทมักจะขาดการเชื่อมโยงของความคิดและคำพูดไม่ต่อเนื่องเป็นเรื่องเป็นราว บางครั้งอาจพูดเป็นคำๆไม่เป็นประโยคที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน จนอาจฟังไม่รู้เรื่อง (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.4.1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม (behavioral disturbances) ได้แก่ สุขอนามัยส่วนตัวไม่ดีไม่ดูแลตนเอง แต่งกายสกปรก ไม่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว มีพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย อยู่ไม่นิ่ง มีพฤติกรรมแปลกๆที่ซ้ำๆ โดยไม่มีความหมาย การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์และไม่สัมพันธ์กับความคิด (Lindenmayer and Khan, 2006)

1.4.2 อาการทางด้านลบ (negative symptoms) จะไม่ค่อยส่งผลกระทบต่อคนรอบข้าง เหมือนกับอาการทางด้านบวก ประกอบด้วยอาการต่างๆดังนี้

1.4.2.1 อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) คือผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงและมีการแสดงอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ผู้ป่วยมักจะแสดงสีหน้าเรียบเฉย การแสดงออกและการเคลื่อนไหวลดลง ไม่ค่อยสบตา พูดด้วยน้ำเสียงราบเรียบ

1.4.2.2 พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ผู้ป่วยจะไม่ค่อยพูดหรือพูดแล้วหยุดเงียบไป ตอบสั้นๆ ไม่ค่อยมีเนื้อหาสาระ

1.4.2.3 ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition) ผู้ป่วยจะขาดความกระตือรือร้น ขาดความหวังในการทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยจิตเภทจะไม่สนใจดูแลตนเอง อยู่เฉยๆไม่ทำงาน ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน อีกทั้งยังขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และขาดความทะเยอทะยาน

1.4.2.4 ขาดความสุข (anhedonia) ผู้ป่วยมักจะรู้สึกใช้ชีวิตไม่มีความสุข ขาดความสนุกสนาน ผู้ป่วยจะไม่สนใจหรือมีกิจกรรมรื่นเริงบันเทิงใจและกิจกรรมทางเพศ ขาดการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่ค่อยมีเพื่อน ไม่แสดงความสัมพันธ์ใกล้ชิดสนิทสนมกับใคร

1.4.2.5 ขาดความตั้งใจ (attention deficits) ผู้ป่วยจะไม่สามารถมุ่งมันให้ความสนใจแน่วแน่อยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

สรุป อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มอาการหลัก คือ กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptom) จะสามารถแสดงออกมาให้เห็นชัดเจนได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติของความคิด คำพูดและพฤติกรรม ส่วนกลุ่มอาการทางด้านลบ (Negative symptom) จะพบได้บ่อยและคงอยู่นาน ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย พูดน้อย ขาดความสนใจในกิจกรรม ขาดความสุข และขาดความตั้งใจ

1.5 การดำเนินโรค ลำดับความเป็นไปของโรคจิตเภทโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1.5.1 ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) เป็นช่วงเวลาก่อนที่จะมีอาการใดๆ ของโรคเกิดขึ้น จะมีความบกพร่องเพียงเล็กน้อยๆ ไม่ชัดเจนในด้านสังคม การเคลื่อนไหว ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและการศึกษาเล่าเรียน

1.5.2 ระยะอาการนำ (Prodromal phase) เป็นระยะที่นำมาก่อนเกิดอาการโรคจิต อาการผิดปกติเริ่มเกิดขึ้นหลังเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ โดยใช้เวลาเฉลี่ย 2-5 ปีก่อนอาการกำเริบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยช่วงแรกอาจมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าที่ไม่เฉพาะเจาะจงเรื่องใดเรื่องหนึ่งตามมาด้วยอาการทางลบเริ่มจากค่อยๆ แยกตัวจากสังคม ขาดความรับผิดชอบ สนใจดูแลตนเองลดลง รวมถึงเริ่มมีอาการทางบวกเล็กน้อยเช่น เชื่อโชคลางไสยศาสตร์ คำพูดและพฤติกรรมแปลกๆ วิตกกังวล หงุดหงิด ไม่ค่อยมีสมาธิ ญาติและคนใกล้ชิดมักสังเกตเห็นได้ว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม

1.5.3 ระยะโรคกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยคือ มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือนโดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ 1-3 อยู่ 1 อาการ ได้แก่ 1) อาการหลงผิด 2) อาการประสาทหลอน 3) Disorganized speech 4) Grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior 5) อาการด้านลบ โดยส่วนใหญ่จะพบอาการทางบวก วัยที่เริ่มมีอาการในเพศชาย คือ ช่วงต้นอายุ 20 ปี ส่วนในเพศหญิงคือช่วงปลายๆ อายุ 20 ปี ในการป่วยครั้งแรกลักษณะอาการมีทั้งแบบค่อยเป็นค่อยไปและแบบเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังการรักษาประมาณ 6 เดือนอาการจะเริ่มทุเลาลง ช่วงอาการดีขึ้นแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหยุดยาเองซึ่งทำให้กลับมาป่วยซ้ำอีก ซึ่งการป่วยในครั้งหลังๆ การตอบสนองต่อการรักษาอาจจะไม่ดีเท่ากับครั้งแรก และมักจะมีอาการหลงเหลืออยู่ จากการศึกษาพบว่าภายในระยะเวลา 5 ปี แรกผู้ป่วยร้อยละ 80 มัก

กลับมามีอาการกำเริบอีกเป็นพักๆเมื่อได้รับความกดดันทางด้านจิตใจ โดยภาพรวมระยะนี้ผู้ป่วยจะค่อยๆแย่ลง ระยะเวลาช่วงนี้นานประมาณ 5-10 ปี จัดเป็นช่วงต้นของการเจ็บป่วยซึ่งเป็นระยะสำคัญ

1.5.4 ระยะเรื้อรังหรืออาการหลงเหลือ (Chronic/Residual phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระยะนี้จะเริ่มมีระดับอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆที่ อาการทางจิตจะค่อยๆลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่วนอาการด้านบวกของผู้ป่วยอาจจะมีอยู่บ้างแต่ไม่ได้ส่งผลมากเหมือนในช่วงแรก แต่อาการด้านลบและอาการด้าน cognitive จะยังคงที่อยู่ตลอดการเจ็บป่วยและไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาในปัจจุบัน ผลลัพธ์ระยะยาวของโรคจิตเภทนี้พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 10-15 ผู้ป่วยไม่มีอาการอีกเลย แต่ส่วนใหญ่จะมีอาการกำเริบเป็นพักๆร่วมกับมีการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ต่างๆ และผู้ป่วยร้อยละ 10-15 ยังคงมีอาการโรคจิตรุนแรงแบบเรื้อรัง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการตายสูงกว่าประชากรวัยเดียวกันถึง 5 เท่าในเพศชายและ 2 เท่าในเพศหญิงโดยสาเหตุการตายเกิดจากการฆ่าตัวตาย (วัชชัย สีหพานาจ, 2552)

สรุป การดำเนินโรคสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระยะ ในช่วงระยะก่อนป่วยเป็นช่วงที่ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องเล็กน้อยๆไม่ชัดเจน เมื่อเข้าสู่ระยะอาการนำผู้ป่วยจะเริ่มมีความผิดปกติมากขึ้นจนญาติและคนใกล้ชิดสังเกตเห็นได้ว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม พอเข้าสู่ระยะโรคกำเริบโดยส่วนใหญ่จะพบอาการทางบวกซึ่งมีทั้งแบบค่อยเป็นค่อยไปและเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ระยะนี้จะใช้เวลา 5-10 ปี จัดเป็นช่วงต้นของการเจ็บป่วยซึ่งเป็นระยะสำคัญ ส่วนในระยะเรื้อรังหรืออาการหลงเหลือ จะพบอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive คงอยู่ตลอดการเจ็บป่วยและไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาในปัจจุบันร่วมกับมีการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ต่างๆด้วย

1.6 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

1.6.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล การพิจารณาผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้

1.6.1.1 มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น

1.6.1.2 มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเช่น เกิดผลข้างเคียงจากยารุนแรง ไม่ให้ความร่วมมือในการกินยา ต้องการควบคุมเรื่องยา

1.6.1.3 มีปัญหาด้านการวินิจฉัย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.6.2 การรักษาด้วยยา (Antipsychotic drugs) การรักษาด้วยยาใช้เพื่อลดอาการของโรคซึ่งไปขัดขวางการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะลดอัตราการกลับเป็นซ้ำประมาณร้อยละ 30 (อัฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557) ดังนั้นการรักษาด้วยยาโรคจิตนั้นถือเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.6.2.1 ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) ผู้ป่วยในระยะนี้จะมีอาการทางจิตรุนแรงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด การให้ยาระยะนี้เพื่อลดอาการโรคจิตลงแก้พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตราย

ต่อทั้งตนเองและผู้อื่นให้กลับมาเป็นปกติโดยเร็วที่สุด ยาที่นิยมใช้เป็นอันดับแรกได้แก่ haloperidol หรือ risperidone ในผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนมักตอบสนองต่อยาขนาดต่ำ และจะเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้ง่าย ในภาพรวมพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 70 มีอาการสงบลงใน 3-4 เดือนแรกของการรักษา

1.6.2.2 ระยะเวลาทำให้คงสภาพ (stabilization phase) หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลงแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเพื่อควบคุมอาการ โดยให้ยาต่อไปอีกเป็นระยะเวลา 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

1.6.2.3 ระยะเวลาการคงที่ (maintenance phase) ระยะเวลานี้เป็นช่วงที่ให้ยาผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคกำเริบซ้ำ ในกรณีผู้ป่วยที่ป่วยเป็นครั้งแรกและมีอาการทางจิตดีขึ้นแล้ว แพทย์ยังไม่แนะนำให้หยุดยาเลยหลังจากที่อาการหายแล้วควรรับประทานยาต่อไปอีกอย่างน้อย 1 ปีครึ่ง ถึง 2 ปี เพราะจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ไม่รับประทานยาต่อมีโอกาสกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี ถึงร้อยละ 57 หากจะหยุดยาแพทย์จะพิจารณาลดยาลงอย่างช้าๆ และนัดติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรกินยาต่อเนื่องไปอย่างน้อย 5 ปีหรือตลอดชีวิต (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.6.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้านั้นจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยชนิดคาทาโทเนีย (catatonic type) ที่มีอาการ stupor หรือ excitement ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557) กรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองด้วยการรักษาด้วยยาจะใช้การรักษาด้วย ECT ร่วมด้วยโดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้งทั้งหมด 12 ครั้ง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.6.4 การรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial therapy) การบำบัดด้านจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยมักมีปัญหาทางด้านสังคม นอกจากนี้อาการบางอย่างเช่น อาการทางลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงควรคำนึงถึงการรักษาทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยด้วย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.6.4.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) จิตบำบัดแบบรายบุคคลและกลุ่ม จะมุ่งส่งเสริมให้กำลังใจ ให้ความรู้ และฝึกทักษะทางความคิดและพฤติกรรมช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในสังคมดำเนินชีวิตประจำวันและแก้ปัญหาของตนได้อย่างเหมาะสม (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.6.4.2 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) ผู้ปกครองของผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเกิดความรู้สึกผิด กล่าวโทษตนเองว่าเลี้ยงดูผู้ป่วยไม่ดีจึงทำให้ป่วยเป็นโรคจิต และบางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงซึ่งอาจทำให้เพิ่มความกดดันให้กับผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการทำครอบครัวบำบัดจะมุ่งเน้นไปที่การลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ทำให้มีการสื่อสารที่เหมาะสมและแก้ปัญหา

ภายในครอบครัว รวมถึงมีการให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับโรคจิตเภท การบำบัด การดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า การบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่ได้ผลดีส่วนมากประสบความสำเร็จจากการที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการดูแลด้วย (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.6.4.3 กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มให้กับผู้ป่วย เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่น มีเพื่อน มีคนเข้าใจ และไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือกันในการแก้ไขปัญหา ให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน ฝึกทักษะทางสังคม (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.6.4.4 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรักษาผู้ป่วยได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ปลอดภัย จัดกิจกรรมต่างๆภายในหอผู้ป่วยที่ช่วยเพิ่มทักษะทางสังคมและการพักผ่อนหย่อนใจ ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆภายในหอผู้ป่วยเท่าที่พอทำได้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า การให้ยาจะได้ผลดีมากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับนิเวศน์บำบัด (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557; มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

สรุป การรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบันนั้นมีวิธีการรักษาที่หลากหลายทั้งการรับไว้ในโรงพยาบาล การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาจิตสังคม ซึ่งการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายก็มีความแตกต่างกัน บางครั้งต้องผสมผสานการรักษาทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคมเข้าด้วยกัน เพื่อให้การรักษานั้นเกิดประสิทธิภาพสูงสุดกับผู้ป่วย แต่ทั้งนี้การรักษาด้วยยาโรจิตนั้นก็ยังถือเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาเพราะยาจะไปปรับการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองให้มีความสมดุลจนสามารถควบคุมอาการทางบวกแล้วยังช่วยลดอาการกำเริบซ้ำของโรค ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดอีกด้วย

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

พยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจำเป็นต้องให้การพยาบาลในลักษณะตรงไปตรงมา เพราะผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีปัญหาด้านการรับรู้ การพูดยาวหรือพูดอ้อมค้อมจะทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือนไปและแปลความหมายในสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น นอกจากนี้สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ เนื้อหาสาระที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกแยะได้ว่าสิ่งไหนคือความจริงหรือสิ่งไหนเป็นแค่การล้อเลียน ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย หลักการพยาบาลทั่วไปและการใช้กระบวนการพยาบาลดังนี้ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

1.7.1 หลักการพยาบาลทั่วไป

1.7.1.1 การพยาบาลทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทโดยส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านการดูแลสุขอนามัยตนเองเช่น ไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลายวัน ไม่แปรงฟัน เนื้อตัวและการแต่งกายสกปรกไม่ยอมเปลี่ยนเสื้อผ้า พยาบาลจึงต้องเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเรื่องความสะอาดและสุขอนามัยทั่วไป หากผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงไม่ยอมดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารพยาบาลต้องเฝ้าระวังภาวะขาดสารน้ำสารอาหารซึ่งอาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติชนิดคงอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งหรือหุนหันขี้ใจมักจะมีปัญหาหากกล้ามเนื้อหดตัวและขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิมนานๆ

1.7.1.2 การพยาบาลทางด้านความคิด สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยคือ การหาความหมายของความคิด อาจทำได้ด้วยการสนทนาและสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความคิดของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การพยาบาลที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การให้ความจริงและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality)

1.7.1.2.1 การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น ซึ่งบางครั้งความคิดของผู้ป่วยที่ถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมอาจทำให้ผู้อื่นไม่เข้าใจ ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความแปรปรวนของความคิดและพฤติกรรม พยาบาลจะต้องหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆโดยฟังสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วยด้วย

1.7.1.2.2 การส่งเสริมให้ความจริงแก่ผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะประสาทหลอนนั้น พยาบาลต้องส่งเสริมให้ความจริงแก่ผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยเห็นภาพในขณะที่พยาบาลไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึกของผู้ป่วย โดยให้ผู้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็นในขณะที่เดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้น เป็นต้น

1.7.1.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น อารมณ์ราบเรียบนิ่งเฉย ไม่สบตา แสดงอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติต่างๆของผู้ป่วย ร่วมกับการเสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.7.1.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาด้านสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไขเพราะต้องใช้ระยะเวลา เช่น ผู้ป่วยไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่สนใจผู้อื่น แยกตัวอยู่ตามลำพัง เป็นต้น พยาบาลต้องประเมินความสามารถทางสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและเสริมสร้างทักษะทางสังคมบนพื้นฐานที่มีอยู่ของผู้ป่วยแต่ละราย ส่งเสริมการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ (สุวนีย์ เกี่ยววิกแก้ว, 2554)

1.7.2 การใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.7.2.1 การประเมินสภาพปัญหา การประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่างๆของผู้ป่วยนั้น การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยโดยการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และอาการผิดปกติที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยหรือญาติต้องนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรมนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1.7.2.1.1 การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพด้านการแต่งกาย ความสะดวกสบาย สุขอนามัย ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้มากน้อยเพียงใดเพราะผู้ป่วยอาจมีอาการนอนไม่หลับจากการรบกวนของประสาทหลอน การได้รับสารอาหารและสารน้ำเพียงพอหรือไม่เพราะผู้ป่วยอาจมีปัญหาไม่กินอาหาร เช่น มีอาการหวาดระแวงว่าอาหารมียาพิษ หรือกินอาหารมาจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต และแยกตัวไม่สนใจสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ควรประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะน้ำเป็นพิษหรือไม่ (water intoxication) เพราะผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านอาการทางจิตมักมีอาการกระหายน้ำ ปากแห้งคอแห้ง การดื่มน้ำบ่อยในปริมาณที่มากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายจากภาวะน้ำเป็นพิษได้ พยาบาลสามารถใช้การสังเกตการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสภาวะทางด้านร่างกายของผู้ป่วย

1.7.2.1.2 การประเมินด้านกรคิด ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีปัญหาทั้งเนื้อหาความคิดและรูปแบบความคิด เช่น มีความคิดหลงผิด ความคิดไม่ต่อเนื่อง พยาบาลจึงต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติในระดับใด มีอาการหลงผิดประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นหรือไม่ มีความรุนแรงเพียงใด ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนหรือไม่และต้องระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด

1.7.2.1.3 การประเมินด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการประสาทหลอนพยาบาลต้องประเมินว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เป็นอย่างไร มีอาการประสาทหลอนหรือไม่ เป็นลักษณะใดและเกิดขึ้นเวลาใด ผู้ป่วยมีการตอบสนองอย่างไร เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1.7.2.1.4 การประเมินด้านพฤติกรรม ประเมินพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วยและอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตว่าเป็นอย่างไร ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ อยู่นิ่งไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา หรือมีพฤติกรรมวุ่นวายไม่อยู่นิ่งรบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน ซึ่งอาจมีอันตรายต่อผู้อื่นและต้องได้รับการช่วยเหลือ

1.7.2.1.5 การประเมินด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยจิตเภทมักขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แยกตัว หวาดระแวง สูญเสียความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่เดิมของตนเอง พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือไม่อย่างไร พยาบาลต้องใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพด้วยการสื่อสารเพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย พยาบาลไม่ควรเร่งรีบเพื่อหาข้อมูลจากผู้ป่วยมากเกินไปเพราะจะทำให้เกิดผลเสียในด้านความไว้วางใจและขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไปได้

1.7.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย โดยทั่วไปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะมีความสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วยในขั้นต้น ซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลส่วนใหญ่แล้วนั้นจะมีความเกี่ยวข้องกับอาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.7.2.2.1 เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากมีอาการทางจิต

1.7.2.2.2 ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากปฏิเสธอาหารและระแวงว่ามียาพิษในอาหาร

1.7.2.2.3 การดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากขาดความกระตือรือร้นและขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ

1.7.2.2.4 มีพฤติกรรมถดถอยเนื่องจากการรับรู้เสีย

1.7.2.2.5 มีพฤติกรรมแยกตัวเนื่องจากขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

1.7.2.2.6 การสื่อสารทางสาจาบกพร่องเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสมดุลชีวเคมีในสมอง ก่อให้เกิดการสูญเสียการเชื่อมโยงความคิดทำให้การพูดขาดความต่อเนื่อง

1.7.2.2.7 สับสนวุ่นวายจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

1.7.2.2.8 ขาดความร่วมมือในการบำบัดรักษาเนื่องจากปฏิเสธความเจ็บป่วย มีความหลงผิดหวาดระแวง ไม่สุขสบายจากยาที่ใช้ในการบำบัดรักษา

1.7.2.2.9 การจัดการกับปัญหาไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากกระบวนการคิดแปรปรวนขาดทักษะในการใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ

1.7.2.3 การวางแผนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทนั้นขึ้นอยู่กับความแปรปรวนทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557) โดยทุกแผนการพยาบาลควรระบุวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น และสามารถเป็นไปได้จริงโดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) สิ่งที่ต้องพิจารณาในการวางแผนการพยาบาล ได้แก่

1.7.2.3.1 จัดลำดับความสำคัญของปัญหาทางการพยาบาลโดยประเมินจากอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยว่าอยู่ในระยะใด

1.7.2.3.2 ระบุข้อมูลสนับสนุนในแต่ละปัญหาเพื่อให้เกิดความชัดเจน

1.7.2.3.3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นมีความสัมพันธ์กับอะไรบ้าง

1.7.2.3.4 ระบุวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกับปัญหา

1.7.2.3.5 วางแผนกิจกรรมการพยาบาล

1.7.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล โดยพิจารณาไปตามระยะการเจ็บป่วย ดังนี้

1.7.2.4.1 ระยะเฉียบพลันหรือระยะวิกฤติ (acute or crisis phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การพยาบาลระยะนี้เน้นเรื่องความปลอดภัยและควบคุมอาการรุนแรงของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) ซึ่งพยาบาลควรให้การพยาบาลดังนี้ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง มีการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา พร้อมทั้งช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และดูแลสภาพร่างกายให้ผู้ป่วยได้รับน้ำ อาหาร การพักผ่อนมีสุขอนามัยที่ดี ดูแลจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย ประเมินผลอาการทางจิตและผลข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาที่ผู้ป่วยได้รับ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า (ECT) ต้องกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและภาวะมีนงสับสน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.7.2.4.2 ระยะคงสภาพ (maintenance phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้นไม่เปลี่ยนแปลงบ่อย แต่ยังมีเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตกำเริบ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) การพยาบาลในระยะนี้ คือ การมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจความเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา โดยแนะนำให้มีความรู้กับผู้ป่วยเรื่อง ยาและผลข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาอาการทางจิต การดูแลควบคุมอาการตนเอง พร้อมกับอธิบายถึงลักษณะอาการที่แสดงว่าจะเกิดการกำเริบของโรคกับผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลยังต้องให้การช่วยเหลือบำบัดเช่น สัมพันธภาพบำบัด นิเวศน์บำบัด กิจกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัด พร้อมกับให้ความรู้และฝึกทักษะทางสังคมทั้งผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.7.2.4.3 ระยะส่งเสริมสุขภาพ (health promotion phase) เป็นระยะที่อาการสงบแต่อาจมีอาการทางลบหลงเหลืออยู่บ้าง การพยาบาลในระยะนี้เป็นการป้องกันการกำเริบของโรคและมุ่งให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการพัฒนาทักษะทางสังคม การดูแลตนเอง การรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเอง การมีเป้าหมายที่เป็นไปได้ในชีวิตและการปรับปรุงตัวเองของผู้ป่วย การช่วยเหลือจะมุ่งเน้นไปที่การสอน แนะนำ ให้ความรู้อย่างต่อเนื่องทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว กลยุทธ์ที่จะนำมาใช้ในการฟื้นฟูสภาพจิตใจและส่งเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (Self-efficacy) เสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงชีวิตได้ (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

การปฏิบัติการพยาบาล โดยพิจารณาไปตามอาการของผู้ป่วย ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง พยาบาลต้องพิจารณาข้อบ่งชี้ของผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติทำร้ายตนเองและผู้อื่น มีพฤติกรรมแยกตัวอย่างมาก มีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย หูแว่วสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ใช้สารเสพติด ไม่รับประทานยา หวาดระแวง โกรธหรือไม่เป็นมิตร

1.1 สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนที่จะเกิดความรุนแรงได้แก่ กระสับกระส่าย เสียงดังโวยวาย ตะโกน ตวาด ชัดขึ้นไม่ร่วมมือ ตาขวาง หวาดกลัว

1.2 จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและไม่มีสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงขึ้น

1.3 เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต้องรีบหยุดทันที โดยพูดกับผู้ป่วยให้เขาหยุดด้วยคำพูดที่กระชับ ชัดเจน และบอกให้ผู้ป่วยรู้ว่าทำอะไรต่อไปหากไม่ยอมหยุด พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าจะป้องกันอันตรายทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น หลังจากนั้นนำผู้ป่วยเข้าห้องแยกพิจารณาให้ยาตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย และควรเลือกการผูกมัดผู้ป่วยเป็นวิธีสุดท้าย (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

2. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีกระบวนการคิดแปรปรวน

2.1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจถือเป็นสิ่งสำคัญ

2.2 พยาบาลต้องรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ โดยไม่ได้แย้งผู้ป่วย

2.3 ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยตามข้อเท็จจริง ด้วยคำพูดที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม สามารถเข้าใจได้ง่าย และมีท่าทีที่สงบมั่นคง

2.4 ห็นเหตความสนใจของผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดให้มาสนใจเรื่องที่เป็นจริงในขณะนั้นหรือใช้การพูดคุย ทำกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ

2.5 พยาบาลควรมุ่งไปที่ความรู้สึกที่เกิดจากอาการหลงผิด มากกว่าจะให้ผู้ป่วยอธิบายรายละเอียดของอาการหลงผิดนั้นๆ

2.6 ให้ผู้ป่วยค่อยๆเล่าเหตุการณ์ก่อนที่จะเกิดอาการหลงผิด

2.7 ให้คำชมเชยทันทีเมื่อผู้ป่วยเริ่มแยกแยะความคิดที่เป็นความจริงกับไม่เป็นความจริงออกจากกันได้

2.8 ให้ผู้ป่วยบอกพยาบาลทันทีเมื่อความคิดนั้นคุกคามหรือทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหวาดกลัว

2.9 ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของรูปแบบความคิด ควรใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย ชัดเจน และพยายามให้ผู้ผู้ป่วยพูดถึงเหตุการณ์ กิจกรรม พฤติกรรมต่างๆ หรือตอบคำถามสั้นๆง่ายๆ ถ้าหากผู้ป่วยไม่พูดต้องอดทนและให้เวลากับผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลควรสังเกตการแสดงออกทางภาษา

กายของผู้ป่วยด้วย เพื่อจะได้เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

3. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการรับรู้แปรปรวน

3.1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ

3.2 ใช้คำพูดในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ชัดเจน ตรงไปตรงมา

3.3 ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่กับเหตุการณ์และกิจกรรมที่เป็นจริง ร่วมกับการสังเกต

พฤติกรรมที่บ่งบอกถึงอาการประสาทหลอนและบอกพฤติกรรมที่สังเกตได้ให้ผู้ป่วยทราบ

3.4 บอกสภาพสิ่งแวดล้อมหรือกิจกรรมที่ปรากฏตามความเป็นจริงด้วยท่าทีที่ไม่ขัดแย้ง ไม่ตำหนิตีเตียนผู้ป่วย และให้ความมั่นใจในความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

3.5 พยาบาลต้องพยายามหาสาเหตุที่ทำให้เกิดการรับรู้ที่ผิดปกติ เช่น ผู้ป่วยขาดยาเกิดความเครียดหรือผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการบางอย่าง เป็นต้น

3.6 จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งเร้า

3.7 พิจารณาลักษณะของความผิดปกติที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้ หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้นควรจำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วย

3.8 เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้วพยาบาลควรสอนเทคนิคการจัดการกับอาการประสาทหลอนให้กับผู้ป่วย ที่พบมากคืออาการหูแว่วได้แก่ หากคนพูดด้วย หากกิจกรรมทำ ร้องเพลง เล่นดนตรี ขับไล่เสียง เป็นต้น (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

4. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตัวทางสังคม

4.1 สังเกตลักษณะและพฤติกรรมการแยกตัวของผู้ป่วย

4.2 จัดเวลาในแต่ละวันสำหรับการพูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย

4.3 ใช้เวลาสั้นๆ ในการทักทายและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อสร้างความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจกัน

4.4 สนทนาในสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ เช่น กิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ชอบ เพื่อชักนำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ

4.5 ค้นหาบุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิดหรือสนิทสนม และสนับสนุนให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย

4.6 ให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบความแตกต่างของการแยกตัวออกจากสังคมกับการอยากอยู่ตามลำพังเพื่อต้องการความเป็นส่วนตัว

4.7 ดูความสัมพันธ์ของ self-concept กับพฤติกรรมการแยกตัว

4.8 พยาบาลควรเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้ป่วยในเรื่องการติดต่อสื่อสาร

4.9 สนับสนุนให้ผู้ป่วยอื่นมีปฏิสัมพันธ์และมีกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วย

4.10 ช่วยผู้ป่วยค้นหาและเรียนรู้ในการคบหาอยู่กับผู้ป่วยอื่นที่มีความสนใจเหมือนกัน

4.11 จัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมและมีบทบาทในกลุ่มพร้อมกันได้ฝึกทักษะเกี่ยวกับการใช้ความคิด การแสดงความรู้สึก ความอดทนในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

4.12 ให้การชมเชยผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์และร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

5. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองบกพร่อง

5.1 ประเมินความสามารถและขอบเขตในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

5.2 กำหนดเป้าหมายกิจกรรมการดูแลตนเองร่วมกับผู้ป่วย เช่น อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ทวีผมทุกวัน ซักผ้าสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นต้น

5.3 ช่วยดูแล กระตุ้นเตือน ให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยตนเองอย่างเหมาะสม

5.4 เพิ่มกิจกรรมให้กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ดีขึ้น

5.5 จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมในขณะที่ผู้ป่วยทำกิจกรรม

5.6 ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยพยายามทำกิจกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้

(อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

1.7.2.5 การประเมินผล ในการประเมินผลการพยาบาลนั้น พยาบาลต้องนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้ทำการประเมินไว้ตั้งแต่เริ่มต้นจนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้วมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ในแผนการพยาบาล ซึ่งผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

1.7.2.5.1 ผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจะทำร้ายผู้อื่นและไม่เกิดอันตรายหรืออุบัติเหตุในภาวะไม่รู้สติ

1.7.2.5.2 ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ และการบำบัดทางชีวภาพ

1.7.2.5.3 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและครอบครัวดีขึ้น

1.7.2.5.4 ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมที่ดีขึ้น

1.7.2.5.5 ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น

1.7.2.5.6 ผู้ป่วยกลับไปทำงานได้ตามปกติ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมในทุกๆด้านจะส่งผลให้พยาบาลเกิดความเข้าใจในผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความแตกต่างกัน เพื่อที่จะดำเนินการให้การพยาบาลตามปัญหา ความต้องการ และระยะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัวและชุมชน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด และผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกหรือในชุมชนต่อไป ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพจิตใจและการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ป่วยจึงต้องเน้นให้ผู้ป่วยมีความแข็งแกร่งมั่นใจ มีความเชื่อมั่นและสามารถที่จะจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่างๆที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคมนั้น ต้องอาศัยความเข้าใจและความร่วมมือทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแลและครอบครัว ในการเผชิญปัญหา การปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกัน ซึ่งการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต้องมีรูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นกิจกรรมที่พยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจึงมีลักษณะดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.8.1 การประเมินสถานะผู้รับบริการ คือประเมินอาการต่างๆ ทั้งร่างกาย สภาวะทางจิตต่อการรักษาต่างๆ การปฏิบัติตามแผนการรักษา สิ่งแวดล้อมที่บ้านและเครือข่ายชุมชน เพื่อจะได้เข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

1.8.2 สร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเกิดความเชื่อถือ

1.8.3 การพัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น

1.8.4 สอน ให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว ทักษะชีวิตและการประกอบอาชีพ โดยสอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอาการแสดงและอาการทางจิต การรักษา การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ สอนเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา ความเครียดและความขัดแย้ง เป็นต้น

1.8.5 ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม สามารถให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและให้คำปรึกษาครอบครัวตามความเหมาะสมของปัญหาที่พบ

1.8.6 การสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว

1.8.7 การเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้

1.8.8 การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ

1.8.9 การประเมินผล ปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ เพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ตรงตามความต้องการและเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

สรุป การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พยาบาลต้องให้การดูแลบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ มีทักษะและความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติ การวินิจฉัย การวางแผน และลงมือปฏิบัติงาน โดยพยาบาลจะเป็นผู้ดูแลให้ความรู้ คำแนะนำเป็นที่ปรึกษา และประสานงานกับหน่วยต่างๆ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสังคมได้ต่อไปโดยไม่ถูกทอดทิ้ง

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาถึงคำนิยามศัพท์ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่ายังไม่มีผู้ใดให้ความหมายของคำว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้โดยตรง ผู้วิจัยจึงขอแยกความหมายของคำว่า ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทตามที่นักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Orem (1995) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ได้แก่ ภรรยาสามี หรือญาติ

George (1996) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งบุคคลที่ให้การดูแลอาจเป็นเพียงบุคคลเพียงคนเดียวได้แก่ บิดามารดา สามีภรรยา บุตร พี่น้อง เพื่อน หรืออาจเป็นกลุ่มบุคคลได้แก่ กลุ่มญาติพี่น้อง กลุ่มเพื่อน ทีมสุขภาพและองค์กรต่างๆ

นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ให้ความหมายไว้ว่า บุคคลที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักและเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยเป็น บิดามารดา สามีภรรยา พี่น้อง บุตรหลาน หรือญาติของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ

จินตนา จักรปิง (2552) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยผู้ที่ให้การดูแลอาจเป็นสามี ภรรยา บุตรหลาน หรือผู้ที่ไม่ใช่ญาติที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันหรือคนละบ้านก็ได้ ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยไม่คิดค่าตอบแทนหรือได้รับรางวัลใดๆทั้งสิ้น

สุชาติา เวชกรธมา (2556) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยผู้ดูแลอาจเป็น บิดามารดา สามีภรรยา บุตร

หลาน หรือพี่น้อง ที่ให้การดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ส่วนความหมายของคำว่า ผู้ป่วยจิตเภท มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์ (2552) ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติทั้งการรับรู้ อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม

สมภพ เรืองตระกูล (2553) ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลายาวนานอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สรุป ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศหญิงและเพศชาย เป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยและมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย ได้แก่ บิดามารดา สามีภรรยา บุตร พี่น้อง เขย สะใภ้ ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนหรือรางวัลใดๆจากการดูแลผู้ป่วย

2.2 ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Horowitz and Reinhard (1995) ได้แบ่งลักษณะของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะตามระดับความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือและเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้รับการดูแลโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหาร ช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหว การขับถ่าย เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้รับการดูแลโดยตรง อาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้รับการดูแลโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

George (1996) ได้แบ่งลักษณะของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ ดังนี้

1. ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล ได้แก่ ลูกจ้าง พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ ซึ่งจะได้รับหรือไม่ได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้าง รางวัล ก็ได้ตามข้อตกลงที่มีให้ร่วมกัน

2. ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อน มุ่งเน้นให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้างหรือรางวัลใดๆ

สรุป ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกลักษณะของผู้ดูแล ตามระดับความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ และเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแล ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหาร ช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหว การขับถ่าย เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นผู้ดูแลถือว่าเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดได้เนื่องจากมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์และสังคม ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองตามมา ซึ่งบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญมี 5 ประการ ดังนี้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2547)

2.3.1 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดในการทำกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้หรือทำได้ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย

2.3.2 คอยสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการเตือนต่างๆก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบรุนแรง ซึ่งอาการที่พบได้บ่อยคือ กระสับกระส่าย พุดจาสับสน หวาดระแวง ไม่ยอมนอน แยกตัว ซึมเศร้า หากผู้ดูแลสังเกตเห็นอาการผิดปกติต่างๆแล้วพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้อย่างรวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันที่และสามารถป้องกันอาการกำเริบรุนแรงได้

2.3.3 ช่วยลดความเครียดให้กับผู้ป่วย ความเครียด หรือปัญหาในชีวิต ปัญหาครอบครัว อาจกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตเวชกำเริบขึ้นได้ ผู้ดูแลต้องช่วยลดความเครียดให้กับผู้ป่วยโดยผู้ดูแลต้องช่วยให้ผู้ป่วยค่อยๆปรับตัวให้เหมาะสมตามความสามารถ ไม่คาดหวังในตัวผู้ป่วยมากเกินไป การสื่อสารกับผู้ป่วยควรใช้คำพูดสั้นๆ กระชับ ไม่อ้อมค้อมเพื่อไม่ให้เกิดความสับสนและแปลความหมายผิดพลาด รักษาสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการทะเลาะกับผู้ป่วยและไม่เปลี่ยนแปลงตารางเวลาต่างๆของผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น นอกจากนี้ผู้ดูแลควรมหาเวลาส่วนตัวเพื่อดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองด้วย

2.3.4 ค้นหาจุดที่ดีของผู้ป่วยคอยสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถให้กำลังใจและชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้หรือมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม แม้จะเป็นเพียงสิ่งเล็กๆน้อยๆก็ตามเช่น อาบน้ำ แต่งตัวเอง ทักทายสวัสดิ์ผู้อื่น หรือช่วยทำงานบ้าน เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับคำชมเชยหรือได้รับกำลังใจที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการที่ดีขึ้นได้

2.3.5 คุณดูแลเรื่องยาและพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัด ผู้ป่วยจิตเภทต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะการกำเริบซ้ำของโรคเกิดขึ้นได้บ่อยที่สุดจากการขาดยา

พนม เกตุมาน (2550) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านไว้ดังนี้

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยผู้ดูแลอาจเป็นผู้จัดยาให้เองหรือคอยนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ และผู้ดูแลควรหาวิธีจูงใจให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือด้วยดีมากกว่าการบังคับข่มขู่

2. พาผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ หากผู้ป่วยไม่ยอมไปพบแพทย์จริงๆ ผู้ดูแลหรือญาติควรมาพบแพทย์เพื่อเล่าปัญหาเหล่านี้ให้แพทย์ทราบ

3. คอยตรวจสอบอาการข้างเคียงจากยา แพทย์ผู้รักษาจะอธิบายถึงผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตที่ผู้ป่วยได้รับให้ฟังก่อนสั่งยาในครั้งแรก ถ้าผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับควรรีบติดต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาทันที ไม่ควรทิ้งไว้เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่อยากกินยาและไม่อยากรักษาอีกต่อไป

4. สร้างบรรยากาศที่ดีให้กับผู้ป่วย โดยสร้างบรรยากาศที่สงบ อบอุ่น มีกิจกรรมที่ดีทำร่วมกัน มีการสื่อสารที่ดีบอกความต้องการซึ่งกันและกัน และตอบสนองกันอย่างเหมาะสม

5. ไม่ควรตามใจผู้ป่วยมากเกินไปหรือให้สิทธิพิเศษจนผู้ป่วยสร้างความเดือดร้อน รำคาญให้กับผู้อื่น

6. เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตผิดปกติ ได้แก่ หูแว่ว หวาดระแวง ผู้ดูแลไม่ควรพยายามอธิบายให้ผู้ป่วยนั้นยอมรับความจริงในขณะนั้น เพราะนอกจากจะไม่ได้ผลแล้วอาจทำให้ตัวผู้ดูแลรู้สึกโกรธที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับฟังเหตุผล ดังนั้นผู้ดูแลควรรับฟังด้วยท่าทีที่เป็นกลาง ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย แต่ให้ผู้ป่วยได้พูดในสิ่งที่เขาคิดและรู้สึกออกมาให้มากที่สุด พร้อมกับแสดงความเข้าใจและเห็นใจที่ผู้ป่วยคิดและรู้สึกเช่นนั้น อาการทางจิตของผู้ป่วยจะดีขึ้นจากการใช้ยา ดังนั้นควรรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์โดยเร็วที่สุด

7. จดจำอาการต่างๆของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านมาเล่าให้แพทย์ฟัง เพราะข้อมูลการดำเนินชีวิตขณะอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงความสำเร็จของการรักษาด้วย

8. จัดตารางเวลาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยให้สม่ำเสมอ โดยเฉพาะเวลารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนและการกินยา เป็นต้น

9. ควรให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดำเนินชีวิตตามปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งความรับผิดชอบส่วนตัว และงานรับผิดชอบส่วนรวม

10. หลีกเลี่ยงการใช้อารมณ์ตอบโต้กันภายในบ้าน เมื่อมีความขัดแย้งควรปรึกษาแพทย์

สรุป ผู้ดูแลถือว่ามียบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก ผู้ดูแลต้องมีความอดทน ความรู้ ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย อีกทั้งยังต้องมี

ทักษะในการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนและสังคมได้อย่างมีความสุข

2.4 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเมื่อป่วยแล้วจะดำเนินไปเป็นอาการเรื้อรัง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆหลังจากที่อาการของโรคทุเลาลงแล้วเป็นเหตุให้เกิดความเสื่อมตามมา ผู้ป่วยจึงมีความยากลำบากในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม การเรียน การทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการใช้ชีวิตประจำวันทั่วไป ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเข้ามาให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จนส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ดังนี้

2.4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อยกับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ สุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร และพบว่าประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Milliken (2001) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาในเรื่องการนอนหลับ โดยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะตื่นในช่วงกลางดึกหรือต้องตื่นขึ้นมาบ่อยครั้งในตอนกลางคืน บางครั้งมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกโดยไม่ทราบสาเหตุ น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น เป็นโรคความดันโลหิตสูง และเริ่มมีอาการของโรคกระดูกพรุน นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาทางด้านสุขภาพมากขึ้นเนื่องจากมีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองลดลง รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และไม่มีเวลาไปพบแพทย์ส่งผลให้โรคประจำตัวที่เป็นอยู่มีอาการกำเริบมากขึ้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

2.4.2 ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านจิตใจหลายด้าน เช่น ความรู้สึกอึดอัด ยุ่งยาก ลำบากใจ มีความรู้สึกผิด กลัว อับอาย และหมดหวังเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย (Tanriverdi and Ekinici, 2012) รวมถึงมีภาวะเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ความรู้สึกอับอายต่ออาการของผู้ป่วยซึ่งมีปัญหาในเรื่องของความคิดและมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ การที่ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนบทบาทของตนให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความรู้สึกผิดหวัง การสูญเสียความฝันและความหวังที่มีต่อผู้ป่วย (เบญจมาศ พงษ์กานนท์ และคณะ, 2554) ซึ่งจากการสัมภาษณ์มารดาที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 16 ราย พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ต้องเข้าพบจิตแพทย์หรือได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 ครั้ง (Milliken, 2001) และจากการศึกษายังพบอัตราความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลสูงถึงร้อยละ 38-70 อีกด้วย (Moller et al., 2009)

2.4.3 ผลกระทบด้านสังคม การเข้ามารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย ทำให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวอย่างมาก เพราะการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นผู้ดูแลอาจต้องพบกับปัญหาต่างๆ มากมาย เช่น การแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยรายวัน การพาผู้ป่วยไปรับการรักษา มีการเจรจาต่อรองกับผู้เกี่ยวข้องในกรณีผู้ป่วยก่อคดี และในบางครั้งผู้ดูแลไม่สามารถกำหนดเวลาที่แน่นอนในการดูแลผู้ป่วยได้เพราะต้องให้การดูแลไปตามอาการของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น มีเวลาไม่เพียงพอที่จะไปเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงลดลง ไม่มีวันหยุดและเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัวตามความต้องการ จนผู้ดูแลรู้สึกขาดความเป็นอิสระในชีวิต (Rungreankulkit, 2001; Tanriverdi and Ekinici, 2012) นอกจากนี้ยังถูกตีตราจากสังคม ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่แต่เพียงผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้นแต่ยังรวมไปถึงญาติของผู้ป่วยจากรุ่นถึงรุ่นด้วยว่า ตระกูลนี้มีคนเป็นโรคจิต (Wahl and Harman, 1989; เบญจมาศ พฤษก์กานนท์ และคณะ, 2554)

2.4.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยจิตเภทบางรายจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไม่เป็นมิตร ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยระมัดระวังพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นและตกเป็นเหยื่อจากอาการหรือความรุนแรงของผู้ป่วย (เบญจมาศ พฤษก์กานนท์ และคณะ, 2554) ซึ่งส่งผลถึงความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลยังต้องมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานให้เข้ากับภาระการดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการลางานหยุดงาน หรือแม้กระทั่งลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ต้องสูญเสียรายได้และมีหนี้สินเพิ่มมากขึ้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) นอกจากนี้ตัวผู้ป่วยเองเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้วก็มักขาดโอกาสในการทำงานหรือมีโอกาสได้รับการจ้างงานต่ำ มีโอกาสตกงานสูงจากการถูกรังเกียจจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงานอื่นเนื่องจากอาการจากโรคทางจิตนั่นเอง (เบญจมาศ พฤษก์กานนท์ และคณะ, 2554) ส่งผลให้ผู้ดูแลและครอบครัวต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ทั้ง ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจตามมา (นมิตา ล. สกุล, 2544)

สรุป การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน และในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบผู้ดูแลยิ่งต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งบางครั้งอาจต้องใช้เวลาเกือบตลอด 24 ชั่วโมงในแต่ละวันสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้ดูแลในหลายๆ ด้านทั้ง ด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามลำพังโดยไม่มีคนคอยช่วยเหลือ ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือขาดการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ท้อแท้ เบื่อหน่ายและเพิกเฉยต่อบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ในที่สุด ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับการดูแลช่วยเหลือ และสามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนของตนได้ ก็จะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวให้

เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพจนสามารถลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้

2.5 บทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพียงลำพัง โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคคลภายนอกนั้น ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลหลายด้านและผู้ป่วยจิตเภทเองก็อาจจะได้รับการดูแลอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ถูกละเลย ทอดทิ้ง ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนเกิดอาการกำเริบซ้ำได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีความรู้ ความสามารถ และเผชิญปัญหาต่างๆ ต่อไปได้ จากการศึกษาพบว่าแนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 ประการ ดังนี้ (Paker, 1992 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2549)

2.5.1 ผู้ดูแลมีเวลาหยุดพักจากการดูแลผู้ป่วย เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้ป่วย

2.5.2 ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น เป็นความพึงพอใจจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายของผู้ดูแลได้แก่ การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ การช่วยเหลือทางสังคม

2.5.3 ผู้ดูแลได้รับบริการที่ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การบริการทางด้านสุขภาพจากแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ การบริการดูแลชั่วคราวหรือกลุ่มสนับสนุนของผู้ดูแล ซึ่งบทบาทของพยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยได้โดย

2.5.3.1 ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลและสังเกตภาวะเครียดของผู้ดูแล

2.5.3.2 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจเพื่อลดความเครียดและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในผู้ดูแล

2.5.3.3 ให้ข้อมูล ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลตามความต้องการของผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลปรับตัวกลับสู่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเดิมได้เร็วขึ้น และสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น

2.5.3.4 ช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เข้ากับสภาพบ้านเรือนและความเป็นอยู่ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ และลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น

2.5.3.5 ส่งต่อผู้ดูแลไปยังกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล สหสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง หรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

นอกจากนี้พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชยังเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จากการศึกษาของ Macleod, Elliott and Brown (2011) พบว่าการให้การพยาบาลด้านสุขภาพจิตชุมชนให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้

1. การให้ความรู้ (Educational intervention) เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท รวมถึงการจัดการที่มีประโยชน์ สามารถทำได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม
2. การสนับสนุนให้ความรู้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Supportive family education) เน้นการสนับสนุนครอบครัวเกี่ยวกับการให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพ เป้าหมายเพื่อลดความเครียด ลดภาระเสริมสร้างศักยภาพในการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และพัฒนาคุณภาพชีวิต
3. การบำบัดครอบครัว (Family intervention) เป็นการบำบัดที่มีรูปแบบพิเศษเน้นการดูแลทางด้านชีววิทยา การให้ยา การสื่อสารและสังคมของผู้ป่วย การฝึกทักษะการแก้ปัญหา การให้ความรู้เครือข่ายทางสังคม เป็นต้น
4. การสนับสนุนการบริการในชุมชน (Community support services) ได้แก่ การจัดการรายกรณี การให้บริการเชิงรุก การเยี่ยมบ้าน โปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน การให้คำปรึกษา และการให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
5. กลุ่มสนับสนุนร่วมกัน (Mutual support groups) การใช้กลุ่มสนับสนุนเป็นสิ่งที่สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคมได้เป็นอย่างดี
6. งานบริการกลางวัน (Day care services) เป็นโปรแกรมการดูแลจากบุคลากรที่ได้รับการอบรมมาโดยเฉพาะซึ่งจะช่วยลดภาระของครอบครัวได้

สรุป บทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นับเป็นการปฏิบัติการเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชนในการส่งเสริม ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ โดยการนำผู้ดูแลเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สามารถควบคุมและจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ และมีปัญหาในการดูแลลดลงจนเกิดความพึงพอใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

3. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทส่งผลให้มีความบกพร่องในการดูแลตนเองหลงเหลืออยู่ และต้องการการพึ่งพาจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล ดังนั้นความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมอาจเกิดปัญหาต่างๆ หรือทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบซ้ำจนต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลตามมาได้

3.1 ความหมาย

Orem (2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาหมายถึง ความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือกระทำ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง อันเนื่องมาจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

สมจิต หนูเจริญกุล (2536) กล่าวว่า เป็นความสามารถในการดูแลบุคคลที่มีความต้องการในการดูแลที่ย่างยากซับซ้อนจนเกินกว่าที่จะตอบสนองได้ด้วยตนเองตามลำพังหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งแนวคิดของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเหมือนกับแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเองคือ เป็นความสามารถที่จะปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) ปรับเปลี่ยน (Transitional) และลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เพื่อที่จะทราบและสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลอื่น นอกจากนั้นยังมีส่วนของพลังความสามารถที่เฉพาะด้วย (Specific power component) ซึ่งทั้งหมดขึ้นอยู่กับความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานรวมทั้งปัจจัยขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล

สรุป ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความชำนาญ ความเชี่ยวชาญและความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติหรือทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยจิตเภท

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลนั้นถือว่าเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลในการที่จะเข้าใจและตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้าน คือ

3.2.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพเพื่อช่วยให้กระบวนการของชีวิตสามารถดำเนินต่อไปได้ ซึ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปนี้มีความจำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย แต่ต้องมีการปรับเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับระยะพัฒนาการ และจุดประสงค์ สำหรับกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ดังนี้

3.2.1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ ในผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักจะมี ความบกพร่องในการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยไม่ดี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวงอาจไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ และเกิดภาวะขาดสารอาหารขึ้นได้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

3.2.1.2 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยารักษาอาการทางจิตซึ่งมีคุณสมบัติเป็น anticholinergic และมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ อาจ

ทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกหรือลำไส้หยุดเคลื่อนไหวจนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย จึงต้องดูแลผู้ป่วยโดยการบอกหรือเตือนเรื่องการควบคุมการถ่ายอุจจาระทุกวัน ถ้าผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระควรให้ยาระบายอ่อนๆ เพื่อป้องกันอุจจาระคั่งในลำไส้ใหญ่มากเกินไป (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

3.2.1.3 การรักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับมาอยู่ที่บ้านอาจจะมีพฤติกรรมรบกวนในช่วงเวลากลางคืนซึ่งเป็นเวลาที่ควรได้รับการพักผ่อน (แก้วตา มีศรี, 2554) ผู้ดูแลจึงต้องประเมินการพักผ่อนโดยการสังเกตจากสีหน้าแววตาของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทอาจไม่สนใจกิจกรรมทางสังคม ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างทักษะทางสังคมบนพื้นฐานการสังคมที่ยังหลงเหลืออยู่ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

3.2.1.4 การรักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้ป่วยจิตเภทมักชอบแยกตัวอยู่ตามลำพังและไม่สนใจบุคคลอื่น (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) ดังนั้นผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเริ่มสร้างสัมพันธ์ภาพแบบง่าย ๆ กับผู้อื่นเช่น การยิ้ม พูดคุยทักทายกับสมาชิกในบ้านก่อน เป็นต้น

3.2.1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย (Lindenmayer and Khan, 2006) หรือมีพฤติกรรมรุนแรงเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากมีความคิดหลงผิดและการรับรู้ผิดปกตินั้น (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554) ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

3.2.1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทมักมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเรียน ซึ่งผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกายและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองให้มากที่สุด (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

3.2.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self - care requisites) เป็นความต้องการในการดูแลตนเองที่เป็นไปตามระยะพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในช่วงต่างๆ และเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ รวมถึงการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

3.2.2.1 การพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต รวมถึงพัฒนาการที่ช่วยให้เจริญเข้าสู่วุฒิภาวะตามช่วงวัยต่างๆ ได้แก่ ช่วงที่เป็นตัวอ่อนอยู่ในครรภ์ มารดา ระหว่างการคลอด ช่วงวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ จนกระทั่งวัยชรา

3.2.2.2 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยการจัดการเพื่อบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นหรือเอาชนะผลที่เกิดจากปัญหาดังต่อไปนี้ การขาดการศึกษา การปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจาก

เหตุการณ์ต่างๆในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะ บกพร่องในการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง เช่น การเป็นผู้นำ ครอบครัวหรือการเป็นสามีภรรยา (Mueser and McGurk, 2004) ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมทำงาน หรือไม่สามารถกลับไปเรียนหนังสือต่อได้ดั้งเดิม (สุณีย์ แสงดาว, 2554) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการจึงกลายเป็นเรื่องที่มีความสำคัญในการที่จะคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

3.2.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยโรคและการรักษา ซึ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ดังนี้

3.2.3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ

3.2.3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ

3.2.3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2.3.4 รับรู้ สนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา

3.2.3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย โดยการปรับอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับถึงภาวะสุขภาพของตนเอง รวมทั้งความจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ

3.2.3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงเพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

การดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพานั้นมีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆในสังคมปัจจุบัน เนื่องจากจำนวนของผู้ป่วยจิตเภทที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการการดูแลที่ยุ่งยาก ซับซ้อนจนเกินกว่าจะตอบสนองได้ด้วยตนเองตามลำพังก็มากขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยจิตเภทถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วจึงต้องการการพึ่งพาจากผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยขณะดำรงชีวิตที่บ้าน ซึ่งแนวคิดของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเหมือนกับแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเอง มีโครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา 3 ระดับ ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Capabilities for dependent-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถทั้ง 3 ประการคือ

1.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบภายในตนเอง รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควร และจะกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) พลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ถือเป็นตัวกลางที่เชื่อมระหว่างการเรียนรู้และการกระทำของมนุษย์แต่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างตั้งใจและมีเป้าหมายเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาที่ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ได้แก่ (Orem and Taylor, 1986)

2.1 ความเอาใจใส่และสนใจในตัวผู้ป่วย ในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอก ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย

2.2 ความสามารถในการควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอเพื่อใช้ในการริเริ่มและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถในการควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายสำหรับการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อดูแลผู้ป่วยให้เสร็จสมบูรณ์ได้อย่างต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลสำหรับการดูแลผู้ป่วย

2.5 มีแรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ ความหมายของชีวิต สุขภาพที่ดีและสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากบุคคลที่เหมาะสม มีความน่าเชื่อถือ รวมถึงสามารถจดจำและนำความรู้ที่มีไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะของการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ จัดกระทำการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นๆ เพื่อนำไปปรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย

2.10 มีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องตามการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทที่เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) ถือเป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจัง ซึ่งโดยทั่วไปสามารถแบ่งออกได้เป็น 1) ความสามารถที่จะรู้กับความสามารถที่จะกระทำ และ 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน การเขียน การนับเลข และความสามารถในการหาเหตุผลกับการใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทางได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการรับสัมผัส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความห่วงใยในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

สรุป จะเห็นได้ว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นขึ้นอยู่กับพลังความสามารถ 10 ประการ รวมถึงความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแลแต่ละบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกัน หากผู้ดูแลขาดความสามารถเหล่านี้ ย่อมทำให้ขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จริงจังและมีเป้าหมายจนไม่สามารถพัฒนาความสามารถเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรได้รับการประเมินและส่งเสริมความสามารถทั้ง 3 ระดับเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้ เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยและสามารถให้การดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Orem (2001) ได้อธิบายปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลสำคัญต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาว่าความสามารถในการดูแลมีปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ซึ่งมีความสำคัญต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 อายุ (Age) บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเปลี่ยนไปตามอายุซึ่งมีการพัฒนาไปตามสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ของชีวิต ระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแลจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล

3.3.2 เพศ (Gender) เป็นตัวกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคคลเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระ ที่อาจจะส่งผลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดได้

3.3.3 ระยะเวลาพัฒนาการ (Developmental state) บุคคลจะมีการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลตนเองตามเหตุการณ์ที่ประสบตามระยะเวลาพัฒนาการของชีวิต ทั้งนี้เนื่องมาจากผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยความสามารถในการดูแลตนเองเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก การพัฒนาจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ

3.3.4 ภาวะสุขภาพ (Health state) หมายถึงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ ตลอดจนความเครียดและภาวะทางด้านอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ข้อมูลเหล่านี้ต้องได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติการพยาบาล เพราะเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะเวลาที่เกิดการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพนี้ได้จากตัวผู้ป่วย ญาติ แพทย์ที่ให้การดูแล และบันทึกทางการแพทย์ ดั่งนั้นแพทย์พยาบาลจะต้องมีการติดต่อสื่อสารที่ดีในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะต้องทราบความคิดเห็นของแพทย์และแผนการรักษาผู้ป่วยเพื่อนำคำสั่งบางอย่างสอดแทรกเข้าไปในระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วย การติดต่อ สื่อสารที่ดีระหว่างแพทย์ พยาบาลถือเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ

3.3.5 สังคมวัฒนธรรม (Sociocultural orientation) การศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานด้านนี้ โดยกล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

3.3.6 ระบบบริการสุขภาพ (Health care system factors) หมายถึงระบบการดูแลรักษาพยาบาลตั้งแต่ก่อนรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งครบกระบวนการรักษาในระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ โดยการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเองอย่างจริงจังเท่าที่จะสามารถทำได้ นอกจากนี้ระบบการส่งต่อที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลใหญ่ๆได้ไปใช้บริการในชุมชนได้สะดวกมากยิ่งขึ้น

3.3.7 ระบบครอบครัว (Family system factors) ครอบครัวมีอิทธิพลต่อทั้งความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความคาดหวังและแหล่งประโยชน์ของครอบครัว อาจมีผลต่อความต้องการการดูแลตนเองของแต่ละคนแตกต่างกันไป ดังนั้น

การพัฒนาวิธีการที่จะสนองความต้องการในเรื่องนี้จะแตกต่างกัน ครอบครัวอาจเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในการจัดการเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง แต่ในทางตรงกันข้าม บางครั้งครอบครัวอาจจะขัดขวางการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองพยาบาลจึงต้องคอยช่วยเหลือและชี้แนะ ส่วนความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวนั้นก็มียุทธพลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เมื่อมีผู้ที่เจ็บป่วยในครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องมีการพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ ทำให้ระบบการดูแลในครอบครัวประสบผลสำเร็จ

3.3.8 แบบแผนการดำเนินชีวิต (Pattern of living) เป็นแบบแผนที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรซึ่งเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล

3.3.9 สิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ได้แก่ สภาพที่อยู่อาศัย และภูมิประเทศที่อยู่โดยรอบของตัวบุคคล ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัยจะช่วยให้พยาบาลได้รู้จักการปรับวิธีการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง

3.3.10 แหล่งประโยชน์ (Resource availability and adequacy) หมายถึง สิ่งที่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยการเพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ และส่งเสริมให้บุคคลคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ไม่ได้มีอิทธิพลต่อเฉพาะคุณค่าของความเป็นบุคคล ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของบุคคลในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ปัจจัยพื้นฐานยังเป็นสิ่งที่ช่วยให้พยาบาลค้นพบความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลและสามารถที่จะดูแล พัฒนาบุคคลให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเพิ่มขึ้นด้วย

สรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการร่วมกันทั้งปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ที่ให้การดูแล ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ต่างๆ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ เพื่อเป็นการส่งเสริมปัจจัยพื้นฐานที่จะนำไปสู่การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา มีดังนี้

การศึกษาของแก้วตา มีศรี (2554) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า

1. อายุของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระดับต่ำ ($r=.230, p<.05$) แสดงว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อยกว่า

2. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระดับต่ำ ($r=.286, p<.05$) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะแปรเปลี่ยนไปตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น การใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและยังช่วยปรับบทบาทในการดูแลให้เกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระดับต่ำ ($r=-.364, p<.05$) คือผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวมาก จะทำให้ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาลดลง

4. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระดับปานกลาง ($r=.561, p<.05$) เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ช่วยให้ระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวประสบความสำเร็จ

5. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระดับสูง ($r=.624, p<.05$) หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมแล้วจะมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดีด้วย

การศึกษาของเดือนใจ ภักดีพรหม (2548) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า

1. ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล ($r=.236, p<.05$) ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ เพิ่มพูนประสบการณ์การดูแล ช่วยให้สามารถปรับบทบาทได้อย่างเหมาะสมและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรม

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล ($r=.184, p<.05$) การที่ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม

3. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล ($r=.176, p<.05$) แสดงว่าหากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดีเยี่ยมจะมีความสามารถในการดูแลที่ดีด้วย

4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล ($r=.528, p< .05$) การที่ผู้ดูแลได้รับความรักใคร่ผูกพันจากบุคคลรอบข้างและรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไม่ได้ขึ้นอยู่กับกำลัง ได้รับ ความช่วยเหลือต่างๆ หรือได้ช่วยเหลือบุคคลรอบข้างจะทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ที่ดี เพิ่มแรงจูงใจและคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอีกด้วย

5. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล ($r=-.316, p< .05$) ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย ผู้ดูแลจึงต้องปรับเปลี่ยนวิธีการในการดูแลและเพิ่มความพยายามในการดูแลเพิ่มมากขึ้น

การศึกษาของ ศิริกาญจนา เอกศิริไตรรัตน์ (2543) ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด พบว่าปัจจัยที่ทำนายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดคือ ความรู้เรื่องโรคหอบหืดและการสนับสนุนทางสังคมโดยสามารถร่วมอธิบายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรได้ร้อยละ 32

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการทั้งในระดับจนถึงระดับสูง ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในระดับสูงได้แก่ ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมแล้วย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

3.4 การพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การที่พยาบาลจะพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากการวิเคราะห์มิติของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา พบว่าความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป คือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานจะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการและพลังความสามารถ 10 ประการนี้จะเป็พื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาตามโครงสร้างทั้ง 3 ระดับ ก็จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดประสิทธิภาพ

การช่วยเหลือผู้ดูแลเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย นับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลอีกประการหนึ่ง เพราะเป็นการช่วยสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลได้มีส่วนร่วม

ในการดูแลช่วยเหลือ ตัดสินใจ และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพจนสามารถเป็นที่พึ่งให้กับผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้ที่จะผสมผสานการดูแลผู้ป่วยให้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลอีกด้วย ซึ่งการสอนและการฝึกทักษะให้กับผู้ดูแลนั้น เป็นแนวคิดทางการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ เข้าใจความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยเองที่บ้าน ดังนั้นการสอนและการฝึกทักษะจึงนับเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (สมจิต หงษ์เจริญกุล, 2536) ซึ่งก็คือผู้ป่วยจิตเภทนั่นเอง

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เนื่องจากโรคจิตเภทมีลักษณะการดำเนินโรคที่เรื้อรังและหากผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำบ่อยครั้งย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากขึ้นด้วยส่งผลให้การดูแลรักษามีความยุ่งยากซับซ้อนตามมา ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ลักษณะอาการและอาการแสดง การรักษา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการสอนและให้ความรู้กับผู้ดูแลที่ยังไม่เคยได้รับความรู้มาก่อนหรือเคยได้รับความรู้มาแล้วแต่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์หรือยังมีข้อสงสัย รวมทั้งการแก้ไขความเข้าใจผิดให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็น เพราะจะช่วยให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างต่อเนื่อง (แก้วตา มีศรี, 2554)

การสอนและฝึกทักษะเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยนั้น จำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในด้านอื่นๆด้วยได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การสร้างแรงจูงใจ การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (แก้วตา มีศรี, 2554)

1. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือเพื่อเอื้ออำนวยต่อพยาบาลในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งสามารถกระทำได้ดังนี้

1.1 พยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการแนะนำตัวให้รู้จักซึ่งกันและกันเพื่อสร้างความคุ้นเคยเมื่อได้พบกันครั้งแรก บอกวัตถุประสงค์อย่างชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาล ระบุระยะเวลา และการรักษาความลับ

1.2 มีการสร้างบรรยากาศเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ให้เกียรติ แสดงความจริงใจ ห่วงใยและเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ โดยพยาบาลแสดงความยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ จะบอกความรู้สึกที่แท้จริงและเรื่องราวที่เกี่ยวข้องให้พยาบาลทราบ พยาบาลดำเนินการค้นหาปัญหา รวบรวมข้อมูล วินิจฉัยปัญหา วางแผน และให้การช่วยเหลือ

2. การสร้างแรงจูงใจ เป็นวิธีการที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้มองเห็นแนวโน้มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทำให้เกิดความต้องการจนเกิดความพร้อมในการเรียนรู้

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองในการกระทำกิจกรรมที่จำเป็น การที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีแนวทางดังนี้

3.1 ให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและร่วมให้การดูแลผู้ป่วยในระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความรับผิดชอบต่อการดูแลผู้ป่วย ได้เรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลรวมทั้งแสวงหาข้อมูลที่มีความจำเป็นเพื่อนำมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย

3.2 การประเมินผลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับทราบถึงสิ่งที่ปฏิบัติได้ถูกต้องแล้วกับในส่วนที่ยังบกพร่องอยู่ พร้อมทั้งประเมินความก้าวหน้าเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. ระยะเวลา การที่บุคคลได้รับประสบการณ์หรือได้รับการฝึกฝน จะช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องใช้ระยะเวลาที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ พัฒนาทักษะการคิด การตัดสินใจเพื่อปรับกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

3.5 การประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.5.1 กลุ่มที่วัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ Denyes (1980) ได้สร้างเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นก่อน เพื่อวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่นต่อมา Filday (1986) ได้ทำการพัฒนาเครื่องมือของ Denyes (Dennes Self-care Agency instrument) โดยเปลี่ยนจากการดูแลตนเองเป็นการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ (The Denyes/Filday Dependent-care Agency) ซึ่งเป็นการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ Filday (1986) ได้ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและหาความสัมพันธ์ของความสามารถในการดูแลเด็กกับทักษะการแก้ปัญหาในผู้ปกครองของเด็กทารกที่จำหน่ายจากหน่วยบำบัดพิเศษพบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะในการแก้ปัญหาซึ่งไม่เป็นไปตามทฤษฎีที่คาดไว้ ส่วนเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The perception of self-care agency questionnaire) ของ Hanson and Bickel (1985) ซึ่งเป็นการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ ตามทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1985) เมื่อนำไปทดสอบความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพปกติ จำนวน 456 ราย พบว่า เครื่องมือนี้สามารถวัดพลังความสามารถได้เพียง 8 ประการ ซึ่ง Weaver (1987) ได้ทำการทดสอบความตรงตามโครงสร้างของเครื่องมือโดยการวิเคราะห์ตัวประกอบ ผลการวิเคราะห์พบว่า ไม่สามารถยืนยันองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองในแง่ของพลังความสามารถ 8 ประการได้ จึงสรุปว่าเครื่องมือนี้มีความคลุมเครือในความตรงตามโครงสร้างในการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ

3.5.2 กลุ่มที่วัดความสามารถเชิงปฏิบัติการได้แก่ Ever et al. (1985) ได้ทำการสร้างเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (The Appraisal of Self - Care Agency Scale: Form A) เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลทั่วไปทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย โดยนำไปทดสอบความเที่ยงระหว่างบุคคล ในกลุ่มผู้สูงอายุที่พักในสถานพยาบาลโดยให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองคู่กับพยาบาล จากเครื่องมือเดียวกัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน และผู้สูงอายุอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งพักอยู่ที่บ้านได้ประเมินตนเองคู่กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการประเมินพบว่าผู้สูงอายุมีการประเมินความสามารถในการดูแลสูงกว่าผู้ดูแล ทั้งนี้ Ever et al. (1985) ได้ศึกษาความคงที่ของเครื่องมือโดยศึกษาในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อเส้นเลือดแดงโคโรนารี 6 เดือน และ 12 เดือนตามลำดับ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาภายหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.56, p < .001$) ส่วนความตรงของเครื่องมือ Ever et al. (1985) ได้ศึกษาความตรงตามเนื้อหา โดยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 8 ท่านร่วมกับผู้สร้างทฤษฎี คือ Orem เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับจำนวนข้อเหลือ 24 ข้อและนำไปหาความตรงตามโครงสร้างโดยวิธี Known group technique ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถานพยาบาลและกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอยู่ที่บ้านผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่พักอยู่ที่บ้านมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่พักในสถานพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามที่คาดหวังไว้

สรุป สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือของ Ever et al. (1985) ที่พัฒนาโดย แก้วตามีศรี (2554) มาใช้ประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการวัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาโดยใช้เครื่องมือของ Denyes (1980) และ Filday (1986) นั้น เป็นการวัดเพียงพลังความสามารถซึ่งไม่เพียงพอที่จะทำนายการปฏิบัติ แม้ว่าบุคคลจะมีพลังความสามารถแต่ไม่นำเอาพลังความสามารถเหล่านั้นออกมาใช้หรือเอาออกมาได้เพียงบางส่วนในขณะทำการวัดความสามารถในเชิงปฏิบัติการจะบ่งบอกถึงการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาหรือดูแลตนเองได้ชัดเจนกว่าและยังสะท้อนให้เห็นถึงพลังความสามารถอีกด้วย (Hanucharunkul, 1988)

4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

จุดเน้นของการพยาบาล คือ บุคคล และมีความเฉพาะเจาะจงลงไปที่ความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเอง พยาบาลมีหน้าที่ในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองหรือมีความพร่องในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ

เป้าประสงค์ของการพยาบาล คือ ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดได้อย่างเพียงพอ ต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต

สุขภาพ สวัสดิภาพ การฟื้นหายจากโรค และสามารถเผชิญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับทัศนะของโอเรม (Orem, 1991) เกี่ยวกับคน สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพยาบาล (Metaparadigm of nursing) มีดังนี้

คน (Person) หมายถึง ผู้รับบริการและพยาบาล โอเรม (Orem, 1991) เชื่อว่าบุคคลนั้นเป็นผู้มีเหตุผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้ และสามารถวางแผนการกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ ซึ่งโอเรม (Orem) มองคนเป็นระบบเปิด มีความต้องการขั้นพื้นฐานและมีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลาอย่างเป็นพลวัตร นอกจากนี้คนยังมีลักษณะเป็นองค์รวม สามารถทำหน้าที่ได้ทั้งด้านชีวภาพ สังคม การแปลความ และให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่างๆ โอเรม (Orem, 1986) จึงได้ทำการกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับทัศนะเกี่ยวกับคนไว้ ดังนี้

1. บุคคลต้องการได้รับสิ่งกระตุ้นที่มีระบบและจงใจให้กับตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อการมีชีวิตรอดและสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามความสามารถของแต่ละบุคคล
2. ความสามารถของบุคคลนั้นเป็นความสามารถในการกระทำอย่างจงใจและมีแบบแผนขั้นตอน ซึ่งกระทำในรูปแบบของการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลอื่น
3. บุคคลมีโอกาที่จะประสบกับข้อจำกัดในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาภายใต้ความรับผิดชอบได้
4. บุคคลมีความสามารถในการค้นหา พัฒนา ถ่ายทอด และหาวิธีในการตอบสนองต่อความต้องการของตนเองและบุคคลอื่น
5. บุคคลที่อยู่ร่วมกันและมีความสัมพันธ์กันแบบมีโครงสร้าง จะจัดระบบในการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบเพื่อให้การดูแลสมาชิกในกลุ่ม

อย่างไรก็ตามบางโอกาสบุคคลอาจมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองหรือการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาที่อยู่ในความรับผิดชอบ ซึ่งสภาวะดังกล่าวนี้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ โดยเฉพาะพยาบาล นอกจากนี้บุคคลควรมีสิทธิรับรู้ถึงสภาพของตนเองด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

สิ่งแวดล้อม (Environment) ในแง่ของพัฒนาการสิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยจงใจให้บุคคลมีการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม และปรับพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีส่วนช่วยให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งปัจจัยพื้นฐานนั้นถือเป็นสิ่งแวดล้อมที่กำหนดความสามารถ และความต้องการในการดูแลตนเอง ดังนั้นคนกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (Orem, 1991)

สุขภาพ (Health) คือ คนที่มีภาวะความสมบูรณ์ไม่บกพร่องทั้งโครงสร้างและความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเอง การดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่องถือว่ามีสุขภาพของบุคคล ซึ่งโอเรม (Orem) ได้กล่าวถึง ความผาสุก (Well-being) ว่าเป็นการรับรู้ถึงภาวะที่ปรากฏอยู่ของตนเองแสดงออกด้วยความพึงพอใจ ยินดี และมีความสุข ซึ่งผู้ที่เจ็บป่วยก็ย่อมรับรู้ถึงความ

ผาสูกได้ (Orem, 1985)

การพยาบาล (Nursing) เป็นบริการทางการพยาบาลที่เน้นการช่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแล แทนบุคคลและช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพในการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม (Orem) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care)

โอเรมและเทเลอร์ (Orem and Taylor, 1986) ได้อธิบายทฤษฎีการดูแลตนเองไว้ว่า “บุคคลในวัยเจริญเติบโตหรืออยู่ในช่วงกำลังเจริญเติบโต จะมีการดูแลตนเองในลักษณะของการปรับบทบาทหน้าที่ พัฒนาการของตนเอง รวมถึงมีการป้องกัน ควบคุมโรค และการบาดเจ็บต่างๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อหน้าที่และ พัฒนาการ ตามขนบธรรมเนียมประเพณีที่บุคคลได้มีส่วนในการติดต่อหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้อยู่เสมอ”

ทฤษฎีการดูแลตนเองนี้จะครอบคลุมแนวคิดหลักของการดูแลตนเองและการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา Orem (1995) กล่าวว่า ทฤษฎีการดูแลตนเองเป็นแนวคิดของการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ และมีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลจากการกระทำนั้นๆ ซึ่งการเรียนรู้อาจเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเอง ได้รับการสอนหรือคำแนะนำ หรือเรียนรู้จากสถานการณ์จริงจากการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ในแต่ละวัน และบุคคลยังนำความสามารถเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลในทางส่งเสริมหรือเป็นผลทางลบต่อการทำหน้าที่ตามปกติหรือตามพัฒนาการเพื่อให้ชีวิตดำเนินต่อไป และคงความผาสูกไว้ นอกจากนี้ โอเรม (Orem, 1991) ยังได้ให้ความสำคัญกับการพึ่งพาและดูแลซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและคนอื่นๆ ในเครือข่ายทางสังคมด้วย ซึ่งการดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพา โอเรม (Orem) ใช้คำว่า Agent กับคำว่า Agency โดยคำว่า Agent นั้นหมายถึง คนที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ส่วนคำว่า Agency หมายถึง ความสามารถในการกระทำ ดังนั้น Dependent care agent หมายถึง บุคคลผู้ให้การดูแลบุคคลอื่นที่ต้องพึ่งพา ส่วน Dependent care agency นั้นหมายถึง ความสามารถของผู้ที่ให้การดูแลบุคคลอื่น Dependent care หมายถึง การดูแลที่ได้รับจากบุคคลผู้เป็นที่พึ่งพา และ Dependent care deficit หมายถึง ความพร้อมหรือข้อจำกัดของผู้ที่ให้การดูแล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

การดูแลตนเอง หมายถึง การที่บุคคลริเริ่มในการปฏิบัติกิจกรรมที่จงใจและมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพ และมีสวัสดิภาพที่ดี ตลอดจนกระทำสิ่งที่

ประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น พฤติกรรมการดูแลตนเองเกิดจากการเรียนรู้โดยการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งมุ่งจัดการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และเป็นการปรับความรู้สึกรู้สึกนึกคิด อารมณ์ของตนเองด้วย (Orem, 2001)

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายใต้วัฒนธรรม ประเพณี และสังคมแวดล้อมของบุคคล ซึ่งอาจเป็นการปฏิบัติตามวัฒนธรรม ความเชื่อในสังคมที่ตนอาศัยอยู่ (Orem, 1995) และเมื่อบุคคลกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของบุคคลดำเนินไปได้จนกระทั่งถึงขีดสูงสุด ในภาวะปกติผู้ใหญ่จะดูแลตนเองได้ ส่วนทารกและเด็กนั้นต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง เนื่องจากยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนในผู้สูงอายุจะต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองก็ต่อเมื่อความสามารถทางด้านร่างกายหรือสติปัญญา มีความเสื่อมถอยลงตามวัยส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง แต่สำหรับบุคคลที่เจ็บป่วยหรือมีภาวะทุพพลภาพจะมีความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเพียงบางส่วนหรือทั้งหมดนั้นมักจะขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและในอนาคต (Orem, 1991) ซึ่งการดูแลตนเองประกอบด้วย 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและการตัดสินใจที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ การที่บุคคลจะสามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมภายนอก รวมทั้งเห็นว่าสิ่งที่กระทำอยู่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ ด้วย ดังนั้นบุคคลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่กระทำก่อนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและได้ผลตามที่ต้องการ ซึ่งในระยะที่ 1 นี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ขั้นตอนย่อยๆ คือ ขั้นที่ 1 การประเมินสถานการณ์ เป็นการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกซึ่งจะช่วยให้มีข้อมูลที่เพียงพอทำให้เข้าใจสถานการณ์ได้เป็นอย่างดี จนสามารถคาดการณ์ได้ว่าอะไรจะเกิดขึ้น มีทางเลือกอะไรบ้าง ทำแล้วแต่ละทางเลือกจะเกิดผลอย่างไร เพราะอะไร ส่วนขั้นที่ 2 การตัดสินใจ พิจารณาทางเลือกต่างๆ ที่มีอยู่แล้วตัดสินใจเลือกกระทำ โดยคำนึงถึงผลลัพธ์ว่าจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายได้หรือไม่ จะทำอย่างไรจึงจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ ระยะนี้ต้องการความรู้และทักษะในการสังเกต ทักษะในการคิดเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการหรือการดำเนินการกระทำ ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จะต้องมี การตั้งเป้าหมาย เพราะเป้าหมายถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และยังใช้เป็นเกณฑ์ในการติดตามประเมินผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อีกด้วย ระยะนี้เน้นการกระทำกิจกรรมอย่างมีระบบและต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ ซึ่งต้องอาศัยทักษะในการวางแผน การจัดการ การผสมผสานกิจกรรม และการประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ถึงแม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่ถ้าบุคคล

ทำไปสักระยะหนึ่งแล้วการทำการดูแลตนเองจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้และบุคคลนั้นจะรู้สึกว่าเป็นภาระหรือไม่ต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอีกต่อไป

การส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ พยาบาลจะต้องมีส่วนช่วยให้บุคคลมีความรู้ มีความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคลนั้น โดยต้องประเมินว่าบุคคลได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมเพื่อจะช่วยให้เขาได้พิจารณาตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ตามความต้องการ โดยทราบจุดประสงค์ของการกระทำ รวมถึงการสังเกต และประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการกระทำการดูแลตนเองตามที่ได้ตัดสินใจเลือก แต่ถ้าหากว่าความสามารถในการดูแลตนเองหรือการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดแล้ว โอเรม (Orem) จะเรียกว่า บุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเองหรือมีความพร้อมในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา

4.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)

ทฤษฎีนี้อธิบายว่าทำไมบุคคลจึงมีความต้องการและสามารถได้รับประโยชน์จากการพยาบาล ซึ่งได้อธิบายไว้ดังนี้ “ความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่เจริญเติบโตเต็มที่หรือกำลังอยู่ในวัยเจริญเติบโต อาจถูกกระทบได้จากภาวะด้านสุขภาพองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก ที่ส่งผลให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถที่มีอยู่ของตนเองได้เพียงบางส่วนหรือไม่สามารถนำออกมาใช้ได้เลย ทำให้คุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองมีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้นบุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล” (Orem and Taylor, 1986)

ความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) แนวคิดพื้นฐานนี้อยู่ที่ว่า มนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ทั้งทางด้านโครงสร้างการทำงานที่และพัฒนาการ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ความต้องการของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปด้วย ความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) ที่เกิดข้อจำกัดขึ้น ทำให้ความต้องการทั้งสองประการนี้ไม่สมดุลกัน ซึ่งความบกพร่องในการดูแลตนเองนี้อาจเกิดเฉพาะบางส่วน (partial) หรือทั้งหมด (complete) ถ้าเป็นความพร่องทั้งหมดหมายความว่าบุคคลไม่มีความสามารถในการสนองความต้องการการดูแลตนเองเลย สาระสำคัญของทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองคือ การกำหนดว่าเมื่อใดบุคคลจึงต้องการการพยาบาล Orem (1991) กล่าวถึงทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองว่า ความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคลเป็นเกณฑ์ในการกำหนดการให้การพยาบาลโดยความต้องการการพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลในวัยผู้ใหญ่ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองหรือไม่สามารถให้การดูแลผู้ที่อยู่ภายใต้การปกครองได้ เช่น เด็ก คนชรา หรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง หรือเมื่อความต้องการดูแลตนเองมีความยุ่งยากซับซ้อนขึ้นต้องใช้ความรู้และทักษะเฉพาะ

บุคคลจึงต้องการได้รับประโยชน์จากวิชาชีพพยาบาล นอกจากนี้การที่พยาบาลต้องปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลาส่งผลให้แนวคิดเรื่องความพร้อมในการดูแลตนเองนั้นมีความสำคัญอย่างมากต่อพยาบาล ซึ่งบุคคลที่มีความพร้อมหรือมีข้อจำกัดในการดูแลเหล่านี้พยาบาลจะต้องกระทำกิจกรรมการดูแลแทนผู้ป่วยในขณะนั้นหรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยถ้าหากว่าเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่หายขาดและต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของความพร้อมในการดูแลตนเองนั้นจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนี้

ความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand)

หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่งซึ่งประกอบไปด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้านคือ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) ซึ่งรายละเอียดได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 ในหัวข้อแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (อ้างอิงไปยังหน้า 44-46)

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) เป็นนิยามที่กล่าวถึงคุณภาพของบุคคลอันสลับซับซ้อนที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองมีโครงสร้าง 3 ระดับคือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)
2. พลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนการดูแลตนเอง (Power components: enabling capabilities for self-care)
3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) ซึ่งรายละเอียดได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 ในหัวข้อแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (อ้างอิงไปยังหน้า 46-48)

4.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system)

ทฤษฎีนี้อธิบายถึงการช่วยเหลือของพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยว่า “การกระทำทั้งหมดซึ่งประกอบเป็นระบบการพยาบาลนั้นได้มาจากการที่พยาบาลใช้ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) ภายใต้ข้อตกลงระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล โดยอาศัยความสัมพันธ์ในฐานะพยาบาลกับบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองเพื่อให้ความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดได้รับการตอบสนองและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นได้ถูกปกป้องหรือได้นำมาใช้หรือได้รับการพัฒนา” (Orem and Taylor, 1986)

ทฤษฎีระบบการพยาบาลนี้จะกล่าวเชื่อมโยงถึงทฤษฎีการดูแลตนเองและทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองเข้าด้วยกัน คือ เมื่อบุคคลเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง พยาบาลต้องมีบทบาทและมีความสามารถในฐานะผู้ให้ความช่วยเหลือ โดยวางแผนและกำหนดรูปแบบในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองหรือบรรลุถึงความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด นอกจากนี้ Orem (1991) ได้กล่าวถึงทฤษฎีระบบการพยาบาลว่าเป็นระบบการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลกระทำด้วยความตั้งใจ โดยใช้ความสามารถที่เรียนรู้และฝึกฝนมาโดยเฉพาะ การปฏิบัตินี้ต้องผ่านสัมพันธภาพและการตกลงร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ที่ต้องการการบริการทางสุขภาพหรือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถดูแลตนเองหรือบุคคลภายใต้การปกครองอย่างมีประสิทธิภาพสมบูรณ์และต่อเนื่อง โดยยึดหลักว่าความต้องการความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยได้รับการประเมินและตอบสนองความสามารถของบุคคลหรือกลุ่มคนนั้นได้รับการปกป้องและพัฒนาจนอยู่ในระดับที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลตนเองได้

ระบบการพยาบาล (Nursing system) คือ ระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาลในการปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ซึ่งระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการในการดูแลและลงมือกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแล รวมถึงการปรับใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองหรือปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของบุคคลที่รับผิดชอบในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (Orem, 1995)

การปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยระบบย่อย 3 ระบบคือ ระบบทางสังคม ระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระบบวิชาชีพและการปฏิบัติทางเทคนิค โดยระบบทางสังคมจะเป็นตัวกำหนดให้พยาบาลกับผู้ป่วยมาพบกันคือผู้ป่วยมีภาวะความพร้อมในการดูแลตนเอง ส่วนพยาบาลถูกกำหนดให้วิชาชีพทางการพยาบาลช่วยผู้ป่วยที่มีภาวะความบกพร่องในการดูแลตนเองเหล่านี้ ส่วนระบบวิชาชีพและการปฏิบัติหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ การใช้กระบวนการพยาบาล รวมถึงการมีศีลธรรม จริยธรรมของวิชาชีพ ส่วนระบบสัมพันธภาพจะช่วยให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นไปได้ในการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย และปรับการใช้หรือพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลจะขึ้นจากความสัมพันธ์ภายใต้ระบบทางสังคม (Orem, 1985)

4.3.1 ชนิดของระบบการพยาบาล โดยแบ่งตามชนิดของการดูแล สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบ คือ (Orem, 2001)

4.3.1.1 ระบบทดแทนทั้งหมดหรือการกระทำให้ (Wholly compensatory nursing system) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องใช้ตนเองเป็นผู้ชี้แนะ หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ระบบการพยาบาลนี้เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้ป่วย โดยตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และช่วยประคับประคองปกป้องจากอันตรายต่างๆ ผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้ คือ

4.3.1.1.1 ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจริงจัง ไม่ว่าจะป็นรูปแบบใดๆทั้งสิ้น ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวด้วยตนเองได้

4.3.1.1.2 ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ติดต่อสื่อสารกันได้ สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองแต่ไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการรักษาพยาบาล

4.3.1.1.3 ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีแต่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง ไม่สามารถคิดและตัดสินใจอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันแม้ว่าจะสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตอย่างรุนแรง

ในระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดนี้ เป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยาบาลตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และช่วยประคับประคองคอยปกป้องผู้ป่วย ซึ่งถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีจะต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบเพราะต้องอาศัยความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยด้วย พยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยในการหาข้อมูล ตัดสินใจ วางแผนในการกระทำ และจะต้องบอกผู้ป่วยว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ผลลัพธ์ที่คาดหวังคืออะไร ผู้ป่วยจะต้องรายงานอะไรบ้างกับพยาบาล แต่หากผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวไม่สามารถร่วมตัดสินใจได้ พยาบาลจะต้องมีหน้าที่ในการปกป้องสิทธิของผู้ป่วยด้วย การกระทำให้หรือกระทำทดแทนนี้ยังมีความจำเป็นสำหรับทารกหรือเด็กเล็กแต่ควรจะใช้วิธีอื่นทดแทนเมื่อเด็กหรือผู้ป่วยพร้อมที่จะดูแลตนเองได้

4.3.1.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Party compensatory nursing system) ในระบบนี้พยาบาลจะให้การช่วยเหลือตามความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย พยาบาลจะช่วยผู้ป่วยตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล โดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันและผู้ป่วยจะต้องพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนบทบาทของพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพ เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ผู้ที่มีความต้องการการพยาบาลแบบนี้คือ ผู้ที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจาก

พยาธิสภาพของโรคหรือการรักษาจากแพทย์แต่สามารถเคลื่อนไหวได้บางส่วน ผู้ที่ขาดความรู้และขาดทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งในระบบการทดแทนบางส่วนนี้ผู้ป่วยต้องปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างด้วยตนเอง พร้อมกับปรับความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นและยอมรับความช่วยเหลือจากพยาบาลส่วนพยาบาลมีบทบาทดังนี้ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ป่วย ชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเองพร้อมกับการช่วยเหลือตามที่ผู้ป่วยต้องการ

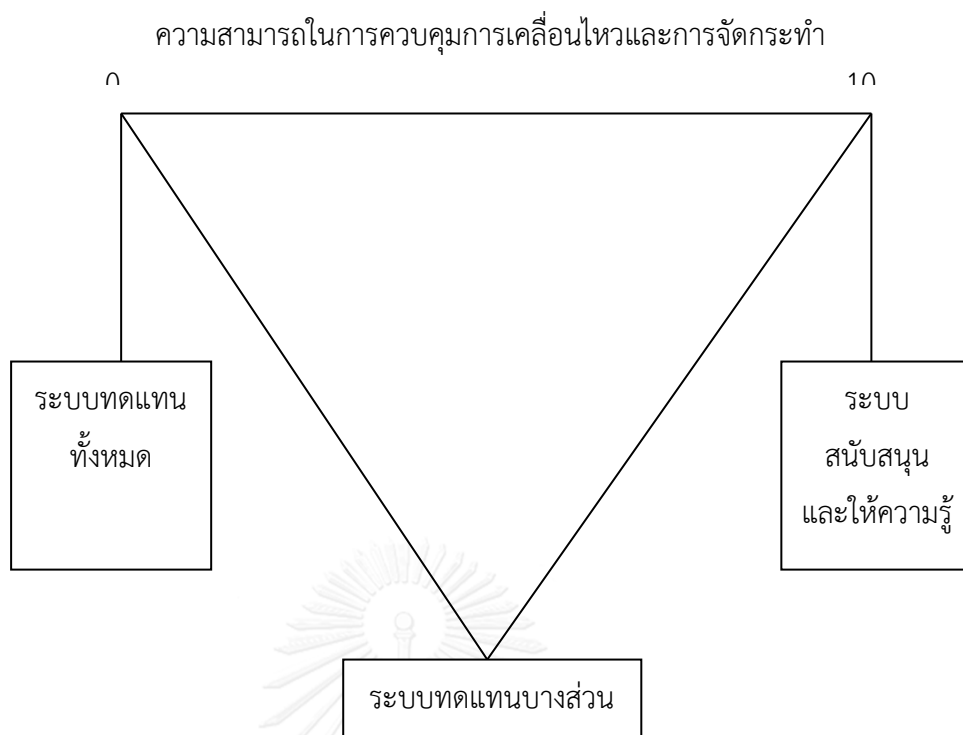
4.3.1.3 ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-education system)

นำมาใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สามารถเรียนรู้ กำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ เพียงแต่ต้องได้รับการสอน แนะนำ และสนับสนุนจากพยาบาล การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความสามารถปฏิบัติตนและเรียนรู้ที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้สำเร็จโดยการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการดูแลตนเองและกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาลนี้เหมาะสำหรับนำมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร่างกายอยู่ในสภาพที่สามารถเรียนรู้ได้และสามารถทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพให้กับบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาได้ โดยผู้วิจัยกระทำบทบาทเป็นผู้สอนให้คำแนะนำ และจัดสิ่งสนับสนุน โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยจิตเภทได้เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและป้องกันการกลับเป็นซ้ำจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

ความสัมพันธ์ระหว่างระบบการพยาบาลกับวิธีการช่วยเหลือ

ผู้ป่วยที่ต้องการระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด หรือแบบทดแทนบางส่วนนั้น อาจจะต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลทั้ง 5 วิธี ส่วนในระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ วิธีการช่วยเหลือของพยาบาลโดยส่วนใหญ่จะเป็นการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อม มักจะไม่ใช้การช่วยเหลือชนิดกระทำให้หรือกระทำทดแทน ส่วนสัมพันธภาพของการช่วยเหลือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยนั้น ถือเป็นการช่วยเหลือทางเดียว คือ พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วย มีระเบียบแบบแผน และถูกจำกัดด้วยเวลา โดยพยาบาลใช้ความสามารถในการปรับระบบการพยาบาลในการวินิจฉัย กำหนดการออกแบบ จัดกระทำ และคอยกำกับเพื่อช่วยเหลือให้บุคคลบรรลุวัตถุประสงค์ของการดูแลตนเองตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

การพยาบาลทั้ง 3 ระบบนี้ถือว่ามีความต่อเนื่องกันโดยอาศัยความสามารถและข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว และการจัดกระทำเป็นเกณฑ์ ซึ่งการแบ่งระบบการพยาบาลโดยให้คะแนนจาก 0 หมายถึงไม่มีความสามารถในการเคลื่อนไหวและจัดกระทำเลย ส่วนคะแนน 100 หมายถึง ความสามารถที่ยังมีอยู่เต็มที่ โดยแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของความสามารถในการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ

การแบ่งระบบการพยาบาล ที่อาศัยความสามารถในการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำของผู้ป่วยที่รับการดูแลจากพยาบาลนั้น ถือว่าเป็นการให้บริการแบบรายบุคคล (individual) โดยพยาบาลใช้ความสามารถในการกำหนดความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยและตัดสินใจความพร้อมในการดูแลตนเอง จากการเปรียบเทียบกับความสามารถของผู้ป่วยในขณะนั้น ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ตามปกติแล้วพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจะคอยตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำด้วยตนเองได้ให้เป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามหากการดูแลทั้งหมดนั้นจะต้องติดตัวผู้ป่วยไปชั่วระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดไปหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้านจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการพัฒนาความสามารถ ดังนั้นพยาบาลจะต้องประเมินบุคคลที่ต้องรับผิดชอบผู้ป่วย และบุคคลนั้นจะต้องได้รับการพัฒนาความสามารถเพื่อจะได้กำหนดและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โดยระบบการพยาบาลที่ให้อาจจะเป็นระบบสนับสนุนและให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยอาจจะมีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำและพยาบาลจะต้องพิจารณาต่อไปอีกว่าญาติมีความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและของญาติด้วย พยาบาลจะต้องคำนึงถึงบทบาทของญาติซึ่งอาจเป็นภรรยา สามี บิดา มารดา และบทบาทในสังคมที่จะต้องรักษาและปรับให้สอดคล้องกับภาระที่จะต้องรับผิดชอบผู้ป่วยด้วย

สรุป ทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเรม (Orem) เป็นการอธิบายถึงการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล จุดเด่นของทฤษฎีคือ การให้ขอบเขตและเป้าหมายของวิชาชีพการพยาบาลโดยพยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยการพัฒนาความสามารถของบุคคลหรือผู้ดูแลในการดูแลและพึ่งพาตนเองได้ตามศักยภาพที่มีของผู้ป่วย และญาติ และกระทำการดูแลทดแทนในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถทำได้

4.4 แนวคิดรูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้

ในระบบนี้ผู้ป่วยจะเรียนรู้ในการกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและการกระทำการดูแลตนเอง นำมาใช้ในผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ และสามารถเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองที่ยังไม่เคยปฏิบัติได้ โดยพยาบาลจะเป็นผู้สอน ชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและการทำกิจกรรมการดูแลตนเองสำเร็จ (Orem, 2001) รายละเอียดการช่วยเหลือของพยาบาลมีดังนี้ (Orem, 1991)

4.4.1 การสอน (Teaching) วิธีนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้สิ่งใหม่และตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่พยาบาลกับผู้ป่วยมีการวางแผน เลือกร่วมกันและมีการประเมินปัญหาและความต้องการที่จะเรียนรู้ ดังนั้นการสอนในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่จำเป็นต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรีและส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้ผู้ป่วยได้รู้จักการควบคุมตนเอง แต่ถ้าหากเกิดปัญหาจากการมีทัศนคติและความเชื่อแตกต่างกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยขึ้น พยาบาลต้องระลึกไว้เสมอว่าบุคคลจะตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมต่างๆเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยหรือญาติอาจจะเลือกทำตามความรู้ความเข้าใจและการให้ความหมายต่อปัญหาหรือความเจ็บป่วยของเขา ซึ่งหลักในการให้ความรู้ที่สำคัญมีดังนี้

4.4.1.1 สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้หรือเป็นสิ่งที่อยู่ในความสนใจ บุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ มักจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมาบ้างแล้วและรู้จักวิถีชีวิตของตนเองดีพอ ดังนั้นการสอนอาจจะเริ่มด้วยสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ มีการไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายพยาบาลเอาใจใส่ในทุกข์สุขของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวพยาบาลซึ่งจะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้นด้วย

4.4.1.2 เนื้อหาที่สอนควรเป็นสิ่งที่เพิ่มเติมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องดัดแปลงหรือเสริมสร้างความรู้สึกรู้จักคิดและการกระทำ เพราะฉะนั้นประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมาย วางแผน และดำเนินการสอนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เพิ่มมากขึ้น

4.4.1.3 ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ถ้าผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะที่ไม่พร้อม เช่น อ่อนเพลีย ได้รับยากล่อมประสาท เครียดมาก วิดกกังวลสูง หรือซึมเศร้า ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ซึ่งถ้าจำเป็นต้องสอนผู้ป่วยในขณะนี้ ต้องสอนให้กระชับ ชัดเจน เฉพาะเจาะจง และใช้เวลาเพียงสั้นๆ และต้องมีการประสานกิจกรรมต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักและมีเวลาสำหรับการเรียนรู้ด้วย โดยพยาบาลควรจะสอน แนะนำ เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้เผชิญกับปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ตนเองในแนวทางที่ถูกต้อง ทั้งนี้พยาบาลควรนำญาติเข้ามามีส่วนในการเรียนรู้ด้วยเสมอ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่สามารถพัฒนาให้ถึงระดับที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้

4.4.1.4 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและการปฏิบัติจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น สามารถกระทำได้ด้วย การพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน หรือการฝึกให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสัมผัสฝึกหัดการกระทำกิจกรรมในการดูแลตนเอง สำหรับในกระบวนการเรียนการสอนผู้ป่วยนั้นจะต้องรวมกิจกรรมการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยที่ต้องกระทำเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ดังนั้นพยาบาลจึงไม่ควรสอนแต่หลักการเท่านั้น แต่จะต้องให้ผู้ป่วยทราบด้วยว่าจะต้องทำอะไรบ้าง โดยให้โอกาสในการฝึกฝนและเรียนรู้จากข้อผิดพลาดว่า ผิดตรงจุดไหน ผิดเพราะเหตุใด เพราะการลองผิดลองถูกในสิ่งที่ไม่เกิดอันตรายจะเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเรียนรู้และสามารถจดจำได้อย่างแม่นยำมากขึ้น

4.4.1.5 การประเมินผลโดยการสอบถามผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้และปรับพฤติกรรม พยาบาลต้องมีการประเมินความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจและคำชมเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้และกระทำการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีขึ้น สำหรับในกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำได้ไม่ถูกต้อง พยาบาลจะต้องชี้แจงและแก้ไขโดยพยายามหลีกเลี่ยงการตำหนิติเตียน ออกคำสั่งหรือทำโทษ เพราะการเรียนการสอนต้องการความไว้วางใจและความเป็นมิตร ซึ่งจะเพิ่มขึ้นได้จากการมีสัมพันธภาพที่ดี เข้าใจ และเอาใจใส่ผู้ป่วย การติเพื่อก่อหรือการยกย่องเมื่อผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จจะช่วยเพิ่มการเรียนรู้ได้อย่างมาก

4.4.1.6 เนื้อหาและวิธีการสอนจะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน เพราะแต่ละบุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่จะบ่งบอกถึงความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยเท่านั้น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะที่พยาบาลสอน แนะนำ หรือกระทำการกิจกรรมให้กับผู้ป่วย ถ้าหากว่าผู้ป่วยไม่เคยสงสัยหรือตั้งคำถามเลย ผู้ป่วยอาจจะไม่เข้าใจในสิ่งที่พยาบาลกำลังสอนหรือปฏิเสธอยู่ก็ได้จึงต้องประเมินความเข้าใจและการยอมรับของผู้ป่วยด้วย

4.4.1.7 การมีสิ่งรบกวนจะขัดขวางกระบวนการเรียนรู้ พยาบาลต้องมีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น มีห้องแยกเป็นสัดส่วนหรือกั้นม่านขณะทำการสอนผู้ป่วย

4.4.1.8 สัมพันธภาพที่ดีและความอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการเรียนการสอน ความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร ดังนั้นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องย่อมจะสอนผู้ป่วยได้ดีที่สุด ส่วนบุคคลที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อนจะต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจก่อนจึงจะทำให้สอนผู้ป่วยได้ดี

4.4.1.9 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง เพื่อเป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ วิธีการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วย คือ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง พยาบาลกับผู้ป่วยมีการติดต่อวางแผน กำหนดเป้าหมาย และเลือกวิธีการดูแลตนเองร่วมกัน

สรุป การสอนในลักษณะที่พยาบาลให้เกียรติแก่ผู้ป่วยและยอมรับผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคลที่อาจมีทัศนคติ ความคิด ความเชื่อ ที่แตกต่างไปจากพยาบาล การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ โดยเฉพาะในโรคเรื้อรังจะช่วยลดจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งจะเป็นผลดีต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ รวมถึงยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีต่อสถาบันและระบบบริการสุขภาพอีกด้วย

4.4.2 การชี้แนะ (Guiding another) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกได้ ซึ่งพยาบาลไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจให้ผู้ป่วยเพียงแต่ให้คำแนะนำ บอกแนวทาง หรือให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อเป็นข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองหรือสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองภายใต้คำแนะนำของพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปรับความสามารถในการดูแลตนเอง

4.4.3 การสนับสนุน (Supporting another) เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องแม้อยู่ในภาวะเครียด หรือทุกข์ทรมานจากโรคที่ตนกำลังเผชิญอยู่ สามารถเรียนรู้ที่มีชีวิตอยู่โดยที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ หรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด การสนับสนุนอาจเป็นคำพูดกระตุ้นให้กำลังใจ หรือใช้กิริยาท่าทางของพยาบาล เช่น การมอง การสัมผัสที่นุ่มนวล หรือการช่วยทางด้านร่างกาย โดยพยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์และกับแต่ละบุคคล เพราะผู้ป่วยบางคนอาจต้องการการสนับสนุนทางด้านร่างกาย บางคนต้องการคำพูดที่กระตุ้นให้กำลังใจ ซึ่งการสนับสนุนทั้งร่างกายและอารมณ์จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจในการริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง นอกจากนี้การสนับสนุนยังหมายถึงการให้วัตถุสิ่งของโดยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการ

ช่วยเหลือเหล่านี้จากนักสังคมสงเคราะห์หรือในสถาบัน มูลนิธิต่างๆ ถ้ามีความจำเป็น การสนับสนุนดังกล่าวนี้เกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้

4.4.4 การสร้างสิ่งแวดล้อม (Providing an environment) หมายถึง การจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ พยาบาลควรจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้มีการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับตนเองและบุคคลอื่น พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เพื่อเปลี่ยนแปลงเจตคติและคุณค่าในการดูแลตนเอง การใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ไปในทางบวก และเสริมสร้างพัฒนาการความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการนั้นเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรใช้ในการดูแลครอบครัวเพราะมีคนอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ประสิทธิภาพของการใช้วิธีนี้ขึ้นอยู่กับความคิดสร้างสรรค์ ความรู้ เจตคติและการยอมรับนับถือบุคคลอื่นของพยาบาล โอเรม (Orem, 1985) เชื่อว่าสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อพัฒนาการจะมักจะเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ด้วย ดังนั้นการสร้างสิ่งแวดล้อมจึงควรใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆ เช่น การสอนนั่นเอง

5. รูปแบบกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎี โครงสร้าง และรูปแบบของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเรม (Orem, 2001) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสามารถสรุปรายละเอียดของการบูรณาการของการพัฒนากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปการบูรณาการของการพัฒนากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้

กิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้น	แนวคิดหลัก	รายละเอียดการบูรณาการ
กิจกรรมที่ 1 การประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน การคาดการณ์ การสร้างแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย	ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่ตั้งใจ และมีเป้าหมายโดยทั่วไปเพื่อพัฒนาความสามารถในการตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้ป่วยได้	มีการสร้างสัมพันธภาพในช่วงเริ่มต้น เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกร่วมจากการทำบทบาทผู้ดูแล และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งมีการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้มีกำลังใจและดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรมกลุ่มสนับสนุน และให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้น	แนวคิดหลัก	รายละเอียดการบูรณาการ
	<p>ความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อการดูแลบุคคลที่ต้อง พึ่งพา</p> <p>- การคาดการณ์ เป็นการ ตรวจสอบสถานการณ์ ตรวจสอบ สอบความหมาย สำรวจวิธี การในการปรับเปลี่ยนหรือ คงไว้</p> <p>พลังความสามารถ 10 ประการ</p> <p>- มีแรงจูงใจที่จะกระทำการ ดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมาย ของการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้อง คุณลักษณะและความ หมายของชีวิต สุขภาพและ สวัสดิภาพ</p>	<p>มีการส่งเสริมความสามารถในการ คาดการณ์โดยให้ผู้ดูแลแต่ละบุคคล ได้ประเมินความสามารถและ คุณสมบัติขั้นพื้นฐานของตนเอง</p>
<p>กิจกรรมที่ 2</p> <p>การปรับเปลี่ยน การ ส่งเสริมให้ความรู้และ ฝึกทักษะในการตัดสินใจ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย</p>	<p>ความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อการดูแลบุคคลที่ต้อง พึ่งพา</p> <p>- การปรับเปลี่ยน เป็นการ พิจารณา ใคร่ครวญเพื่อตัด สินใจในการกระทำ ตัดสินใจ ว่าจะทำอะไร</p>	<p>ให้ข้อมูลความรู้ที่จำเป็นอย่าง เพียงพอและเหมาะสมกับผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับโรคจิตเภท การใช้รักษาอาการทางจิต และ ลักษณะข้างเคียงของยารักษาโรค จิต พร้อมกับวิธีการดูแลอาการ เบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการ</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้น	แนวคิดหลัก	รายละเอียดการบูรณาการ
	<p>พลังความสามารถ 10 ประการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ - มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 	<p>ข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ร่วมกับการฝึกทักษะในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งสอนวิธีการจัดยาอย่างถูกวิธีและให้ทดลองฝึกปฏิบัติจริง</p>
<p>กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแบบแผนการดำเนินชีวิตและสนับสนุนการใช้แหล่งทรัพยากร</p>	<p>ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การปรับเปลี่ยน เป็นการพิจารณา ใคร่ครวญเพื่อตัดสินใจในการกระทำตัดสินใจว่าจะทำอะไร 	<p>ให้ผู้ดูแลเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านพร้อมกับวิธีการจัดการกับปัญหาต่างๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงสอนเกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนและการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆ และจัดบันทึกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่บ้าน</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรมกลุ่มสนับสนุน และให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้น	แนวคิดหลัก	รายละเอียดการบูรณาการ
	<p>พลังความสามารถ 10 ประการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา - มีความสามารถที่จะปฏิบัติ การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้อย่างต่อเนื่องและ สอดแทรกการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต 	
<p>กิจกรรมที่ 4</p> <p>การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง</p>	<p>ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การปรับเปลี่ยน เป็นการพิจารณาใคร่ครวญ เพื่อตัดสินใจในการกระทำตัดสินใจว่าจะทำอะไร 	<p>ให้ผู้ดูแลได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับผลกระทบทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยพร้อมกับวิธีการดูแลสุขภาพตนเองที่ผ่านมา ร่วมกับการให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ มีการทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองสอนเทคนิคผ่อนคลายความเครียดรูปแบบต่างๆ</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรมกลุ่มสนับสนุน และให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้น	แนวคิดหลัก	รายละเอียดการบูรณาการ
	<p>พลังความสามารถ 10 ประการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายในและภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแล - ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาได้อย่างต่อเนื่อง - ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง 	
<p>กิจกรรมที่ 5 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การลงมือปฏิบัติ เป็นการเตรียมการเพื่อการกระทำ 	<p>จัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อยและใช้สถานการณ์จำลองในการดำเนินกิจกรรม หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลได้ช่วยกันวิเคราะห์</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้น	แนวคิดหลัก	รายละเอียดการบูรณาการ
	<p>การดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบ ประเมินสถานการณ์และพิจารณาผลที่ได้</p> <p>พลังความสามารถ 10 ประการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย - มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา - การรับรู้ จัดกระทำ การติดต่อ การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อปรับการปฏิบัติดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 	<p>เหตุการณ์จากสถานการณ์จำลองที่ได้รับ และให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการสื่อสารตามสถานการณ์ต่างๆที่ได้รับพร้อมกับเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าประสบการณ์จริงจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้วสรุปแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้</p>

จากการประยุกต์และบูรณาการแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นนำไปสู่ กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม โดยจะมีการพบผู้ดูแลเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คนจำนวน 5 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 90 นาที สัปดาห์ละ 1 วัน ติดต่อกันเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน การคาดการณ์ การสร้างแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลและระหว่างผู้ดูแลด้วยกันเองในช่วงเริ่มต้น ร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้โดยการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นกันเองและจัดห้องสำหรับทำกิจกรรมกลุ่มที่เป็นสัดส่วน ไม่มีเสียงดังรบกวน โดยผู้วิจัยให้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัด มีการให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความคาดหวังหรือความต้องการที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และให้ผู้ดูแลประเมินความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของตนเองเพื่อจะได้ทราบระดับความสามารถของแต่ละบุคคลและสามารถส่งเสริม สนับสนุนเพิ่มเติมในส่วนที่ยังพร่องความสามารถได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งให้ผู้ดูแลได้วิเคราะห์ปัจจัยที่ขัดขวางความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อจะได้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามสถานการณ์จริง

ที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 การปรับเปลี่ยน การส่งเสริมให้ความรู้และฝึกทักษะในการตัดสินใจเพื่อการดูแลผู้ป่วย สำหรับในช่วงแรกของการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยจะมีการพูดคุยถึงในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาหลังจากเข้ากลุ่มครั้งที่ 1 ไปแล้วผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีปัญหาใดหรือไม่กันก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยก็จะเริ่มพุดคุยนำเข้ากิจกรรมในครั้งที่ 2 โดยให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเดิมที่มีอยู่เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นพร้อมทั้งให้ข้อมูลความรู้ที่จำเป็นและเป็นปัจจุบันเพิ่มเติมกับผู้ดูแลเรื่องโรคจิตเภท ได้แก่ สาเหตุ อาการ และการรักษา ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิตพร้อมทั้งวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะฝึกทักษะการเรื่องการจัดยาให้กับผู้ดูแลโดยการสอนแล้วให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับพร้อมกับสอนผู้ดูแลในการสังเกตและสอนให้ผู้ดูแลสามารถนำวิธีการจัดยาไปแนะนำผู้ป่วยเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง และฝึกทักษะในการตัดสินใจโดยผู้วิจัยจะมีการยกตัวอย่างสถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดอาการข้างเคียงจากยาในรูปแบบต่างๆและให้ผู้ดูแลอธิบายเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ตัวอย่างในขณะนั้น

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแบบแผนการดำเนินชีวิตและสนับสนุนการใช้แหล่งทรัพยากร สำหรับในช่วงแรกของการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาหลังจากเข้ากลุ่มในครั้งที่ 2 หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านพร้อมทั้งวิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าว แล้วผู้วิจัยสรุปประเด็นและให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่พบในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยนอนไม่หลับ ผู้ป่วยหงุดหงิดโมโห ร้าย ก้าวร้าว ผู้ป่วยเกียจคร้านไม่สนใจทำงาน ผู้ป่วยนอนหลับหรือดูโทรทัศน์ทั้งวัน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลกๆ ผู้ป่วยดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เป็นต้น แล้วผู้วิจัยได้มีการพูดคุยเกี่ยวกับอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบของผู้ป่วยแต่ละรายและผู้วิจัยสรุปลักษณะอาการเตือนที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละรายอีกครั้ง พร้อมทั้งให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้แก่ การสังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบ การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันอาการกำเริบ การใช้แหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนต่างๆ โดยผู้วิจัยจะสรุปเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของผู้ดูแลแต่ละรายเพื่อให้ผู้ดูแลรู้จักและเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆที่มีได้ง่ายขึ้น พร้อมกับแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลบันทึกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ที่บ้านลงในแบบบันทึกที่อยู่ด้านหลังของคู่มือและนำมาพุดคุยในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง สำหรับในช่วงแรกของการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาหลังจากเข้ากลุ่มในครั้งที่ 3 แล้วให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองที่ผ่านมาในขณะที่ต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทควบคู่ไปด้วย โดยผู้วิจัยจะสรุปประเด็นสำคัญพร้อมกับให้ข้อมูลความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกได้ทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองและประเมินคะแนนเป็นรายบุคคลรวมทั้งเปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึกหรือความเครียดของตนเองพร้อมกับบอกวิธีจัดการกับความเครียดนั้น แล้วผู้วิจัยสรุปประเด็นให้ข้อมูลความรู้เรื่องความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดเพิ่มเติม สอนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การฝึกการหายใจ นวดคลายเครียด การใช้จินตนาการ ซึ่งผู้วิจัยจะสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดแล้วให้สมาชิกในกลุ่มปฏิบัติตาม ต่อจากนั้นผู้วิจัยจะทบทวนถึงการบ้านที่ให้ไว้ในสัปดาห์ที่ 3 โดยนำประเด็นที่เป็นประโยชน์มาสนทนาเพิ่มเติม ชี้แนะในสิ่งที่สมาชิกให้ความสนใจ เพื่อให้สมาชิกนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์เมื่อต้องประสบปัญหาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 5 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย สำหรับในช่วงแรกของการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาหลังจากเข้ากลุ่มในครั้งที่ 4 แล้วผู้วิจัยจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่มๆละ 5 คน การดำเนินกิจกรรมจะใช้ใบงานซึ่งจะมีสถานการณ์จำลอง 1 เรื่อง แล้วแจกใบงานให้ผู้ดูแลกลุ่มละ 1 ใบ หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์จำลองที่ได้รับโดยให้ตอบคำถามตามที่กำหนด และให้สมาชิกเขียนลงในกระดาษฟลิปชาร์ต พร้อมกับส่งตัวแทนออกมานำเสนอกลุ่มละ 1-2 คน ซึ่งผู้วิจัยจะคอยสรุปประเด็นต่างๆ ช่วยชี้แนะ สนับสนุน ความคิดเห็นหรือประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลในกลุ่ม หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการสื่อสารตามสถานการณ์ต่างๆที่ได้รับ พร้อมกับเปิดโอกาสให้สมาชิกที่สมัครใจเล่าประสบการณ์จริงจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นให้ซักถามข้อสงสัย สรุปแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปใช้ในชีวิตจริงและร่วมกันประเมินผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รัชณี พจนา (2544) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้

ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1991) ที่ว่าระบบการพยาบาลมีความสำคัญในการพัฒนาความสามารถของบุคคล การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแล ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยในการพัฒนาความสามารถ มีการให้ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม ตรงกับความต้องการของผู้ดูแล การชี้แนะและการสนับสนุนเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเอ็ดส์ดีขึ้น

นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง 40 คน จัดแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1) ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นฤยา ภักตรเจริญ (2545) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคปอด มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า 1) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคปอดภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 2) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคปอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต (2548)) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ภายใน 1 ปีและอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

ปริมกมล แก้วช่วย (2550) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กวัยเตาะแตะโรคปอดอักเสบ กลุ่มตัวอย่าง 40 คน สุ่มแบบเจาะจงแบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแล เด็กของผู้ดูแลเด็กวัยเตาะแตะโรคปอดอักเสบหลังจากที่ได้รับการดูแลโดยการให้การพยาบาลระบบ สนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้และสูงกว่ากลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปรีศนา จิระชวี (2551) ได้ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความ วิตกกังวลก่อนผ่าตัดและพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัด ต้อกระจกในผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่ม ควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลโดยใช้ระบบสนับสนุนและให้ ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่ม ทดลองหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือขณะ ผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมถวิล ศิริเรือง (2551) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลเด็กและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ใช้ระยะ ยาว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลทั้งหมด 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คนโดย ทั้งสองกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ ความรู้เพิ่มเติม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ ความรู้เพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติมีคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำ ส่วนกลางสูงกว่ากลุ่มควบคุมและการเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับอาการแสดงเริ่มต้นของการติดเชื้อ แผลสายสวนในกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุภาพร หมกรอด (2551) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลเด็กของมารดาและการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยและ มารดาเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 40 คน กลุ่ม ควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมดูแลเด็กของมารดาเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ภายหลังได้รับการ พยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 2) พฤติกรรม การดูแลเด็กของมารดาเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ดีขึ้น กว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 3) พฤติกรรมดูแล

ตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 4) พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

กาญจนา มยุระสุวรรณ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสชีพต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 รายแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยสรุปว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จินตนา จักรปิง (2552) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 20 คนและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 20 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมของผู้ดูแลหลังการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนันทา นวลเจริญ (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ โรงพยาบาลเสนา จำนวน 40 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลการวิจัยพบว่า 1) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) หลังการทดลองพบว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จตุพร ทองสัมฤทธิ์ (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างคือสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มาใช้บริการที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุม 20 คนได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุน

และให้ความรู้แบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนภายหลังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วันทนีย์ ดวงแก้ว (2554) ได้ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยแผนกรังสีรักษา ศูนย์มะเร็งภาคใต้ 40 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่าการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สามารถลดความรุนแรงของอาการอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบได้

มนัสมีน เจาะโนะ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดภาวะโลหิตจางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจำนวน 50 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดภาวะโลหิตจางและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 25 คน ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดภาวะโลหิตจางสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ปาริชาติ คงเสื่อ (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมาแล้ว 1-3 เดือน เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 44 คน โดยกลุ่มทดลอง 22 คน จะได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ส่วนกลุ่มควบคุม 22 คนจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มัลลิกา จันท์เพ็ญ (2557) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน

ได้รับการดูแลตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด และกลุ่มควบคุม 20 คนได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการทดลองพบว่า 1) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

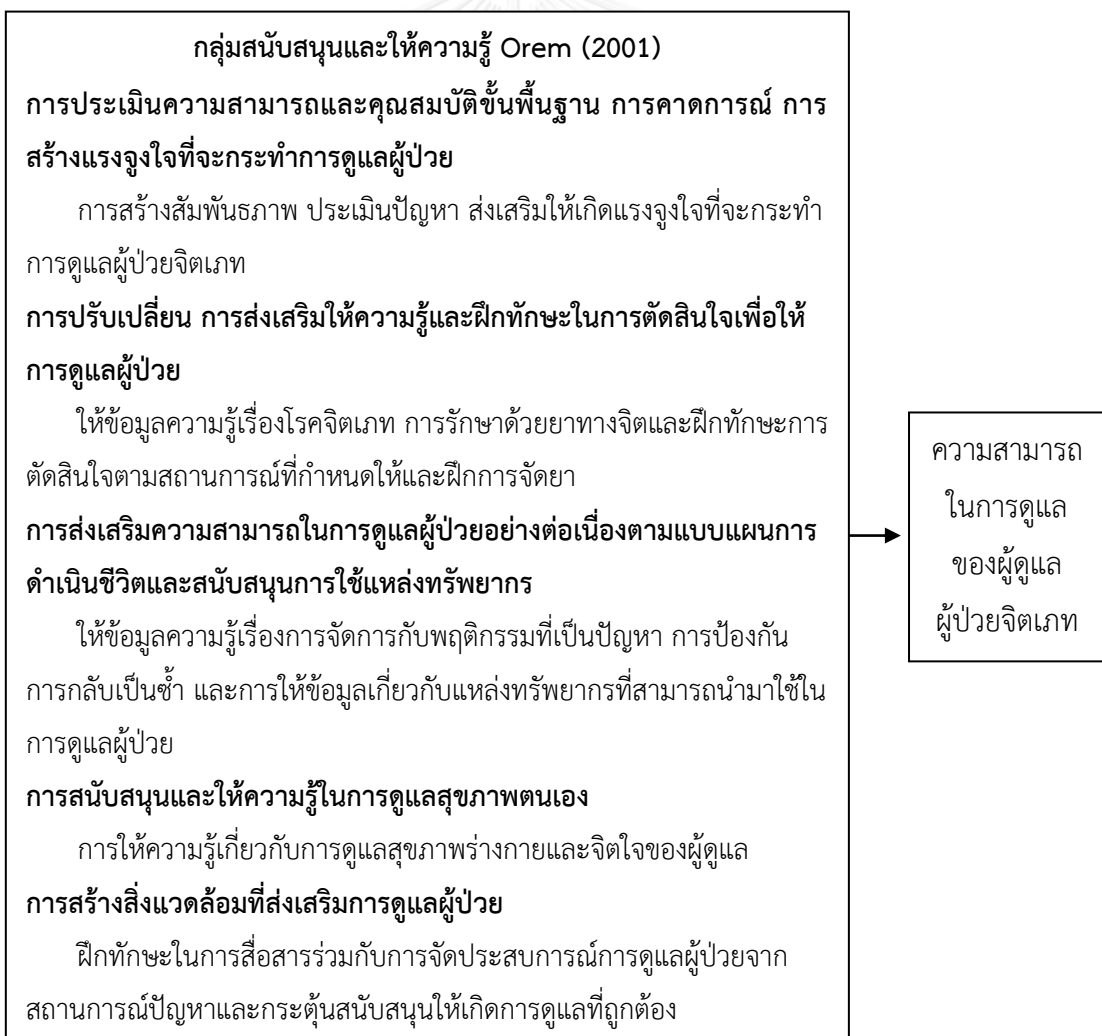
Kaur et al. (2009) ศึกษาผลของการสนับสนุนความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยใช้พื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดทั้งหมด 523 ราย โดยเป็นกลุ่มทดลอง 260 ราย ซึ่งได้รับการสนับสนุนความรู้โดยใช้คู่มือการดูแลตนเอง (Self-care manual) และเป็นกลุ่มควบคุม 263 ราย ซึ่งไม่ได้รับการสอนที่เฉพาะเจาะจง หลังจากการสัมภาษณ์ในครั้งแรกจะติดตามอาการของผู้ป่วยทุกรายดำเนินการที่ 2 สัปดาห์ 6 เดือน และ 1 ปี การประเมินผลใช้สถิติพารามิเตอร์ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสนับสนุนความรู้สูงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนความรู้และพบว่าสูงมากกว่าในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ยังพบว่าอาการกำเริบรุนแรง การเข้ามาพบแพทย์ฉุกเฉิน จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล การขาดเรียนและการขาดงาน ลดลงจากการติดตามในระยะเวลา 1 ปี โดยในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่า

Oupra et al. (2010) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อระดับความเครียดจากประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 140 คนและผู้ดูแลในครอบครัว 140 คน มีการจับคู่ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยแล้วแบ่งออกเป็นสองกลุ่มละ 70 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าทำให้โปรแกรมการเรียนรู้แบบสนับสนุนและให้ความรู้สามารถช่วยลดความเครียดและทำให้คุณภาพชีวิตของพวกเขาดีขึ้น

Kauric-Klein (2012) ทำการศึกษาการปรับปรุงการควบคุมความดันโลหิตในโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการพยาบาลแบบสนับสนุนความรู้ เป็นการวิจัยแบบทดลองที่แท้จริง (RCT) ใช้ผู้เข้าร่วมในการวิจัยทั้งหมด 118 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนความรู้เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ลดลงในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนความรู้

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent-care agency) ของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองอันเนื่องมาจากภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ที่มีความบกพร่องและมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อจะได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม จะทำให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสามารถแสดงในกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตัวแปรต้นคือกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ตัวแปรตามคือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

- O₁ หมายถึง การวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้
- O₂ หมายถึง การวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้
- X หมายถึง การใช้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้
- O₃ หมายถึง การวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₄ หมายถึง การวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD -10 ที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD -10 ที่มาพบแพทย์หรือมารับยาแทนผู้ป่วยในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานีจังหวัดปทุมธานี มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง จากการเลือกแบบเจาะจง พิจารณาจากคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือทางกฎหมายได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง เขย สะใภ้ เพียงคนใดคนหนึ่งที่อยู่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท
2. เป็นผู้ที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนจากการดูแลผู้ป่วย
3. สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทย สามารถอ่านออกเขียนได้
4. ผู้ดูแลมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่างร้อยละ 50-80 คือ มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดของ Lefley (1987) ที่ นำมาพัฒนาโดยแก้วตา มีศรี (2554)
5. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ≤ 30 คะแนน (อยู่ในระดับ อาการทางจิตทุเลา) โดยใช้แบบประเมินแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)
6. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม
2. มีภาวะโรคแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรงในระหว่างดำเนินการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) จาก โปรแกรมสำเร็จรูป (รัตนศิริ ทาโต, 2551) โดยนำค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนและหลัง การทดลองจากการศึกษาของนิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต (2548) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบ สนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เพื่อให้ มีอำนาจทดสอบ 91.10% และมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 8.89% ที่ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติเท่ากับ.05 จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบพบว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม คือ 10 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน (Burns and Glove, 2005) แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการ ทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่มและมีความเป็นไปได้ในการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ทำการคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมจำนวน 40 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลปทุมธานี หลังจากได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ หลังจากนั้นผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลปทุมธานี เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการและขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โดยคัดเลือกแฟ้มประวัติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชพร้อมผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลมารับยาแทนตามข้อมูลที่มีการบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติและโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในวันที่ 19 พฤศจิกายน 2558 เพื่อประเมินเบื้องต้นว่าผู้ดูแลมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ เป็นจำนวนทั้งสิ้น 112 ราย

2. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วงเวลาที่ได้รับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี ตั้งแต่วันที่ 20 พฤศจิกายน - 11 ธันวาคม 2558 มาทั้งหมดจำนวน 70 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ดูแลสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงลายมือชื่อในยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกตามขั้นตอนดังกล่าวจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดไว้คือ 40 ราย

3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยทำการจับคู่ (Matched-pair) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดเพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ อายุ เนื่องจากบุคคลจะมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเปลี่ยนไปตามอายุซึ่งจะมีการพัฒนาไปตามสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ของชีวิต และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแลจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล (Orem, 2001)

4. เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามอายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยได้ครบทั้ง 20 คู่แล้วผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้วิธีการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างทีละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการจนครบ 20 คู่ จะได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 20 รายและกลุ่มควบคุม 20 รายรวมทั้งสิ้น 40 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลปทุมธานีและได้รับการอนุมัติจริยธรรมในวันที่ 19 พฤศจิกายน 2558 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ

ตามเกณฑ์ที่กำหนด และกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ดูแลสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของประชากร ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ในครั้งนี้ได้ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนครบตาม ระยะเวลาที่กำหนด สามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือ คำอธิบายใดๆ ซึ่งการยกเลิกนี้จะไม่มีการโทษใดๆทั้งสิ้นต่อกลุ่มตัวอย่างและการรักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้จะเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอออกมาในภาพรวมไม่มีการเปิดเผย ให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องทราบและหากมีข้อคำถามหรือเกิดความสงสัยในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรงตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Ever et al. (1985) ที่นำมาพัฒนาโดยแก้วดา มีศรี (2554)
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล และแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Orem (2001) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์โครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 3 ระดับคือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการได้แก่ การคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติ 2) พลังความสามารถ 10 ประการ และ 3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ร่วมกับการใช้รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัย และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ

1.2 ผู้วิจัยทำการพัฒนากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ โดยกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมตามแนวคิดของ Orem (2001) และมีการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายกลุ่มๆละ 10 คน กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม โดยดำเนินการเป็นรูปแบบกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลา 90 นาที สัปดาห์ละ 1 วัน ติดต่อกันเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน การคาดการณ์ การสร้างแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวนกลุ่มละ 10 คน

สถานที่ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี

ระยะเวลา 90 นาที ในสัปดาห์ที่ 1

รูปแบบ ให้ผู้ดูแลนั่งเป็นวงกลม โดยให้ผู้ดูแลเลือกที่นั่งตามอริยาศัยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย นั่งสลับกับผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลและระหว่างผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงปัจจัยที่ทำให้ตนเองยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจและมีทัศนคติที่ดีในการกระทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติขึ้นในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยจะมีการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบ ระยะเวลา และประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมกลุ่มรวมถึงระเบียบและข้อปฏิบัติของการเข้ากลุ่ม ซึ่งกิจกรรมในขั้นตอนนี้เน้นว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการเสริมสร้างความไว้วางใจ ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกกล้าแสดงความคิดเห็นของตนเองภายในกลุ่มและก่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อไป หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความคาดหวังหรือความต้องการที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และให้ผู้ดูแลประเมินความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของตนเองเพื่อจะได้ทราบระดับความสามารถของแต่ละบุคคลและสามารถส่งเสริมสนับสนุนเพิ่มเติมในส่วนที่ยังพร่องความสามารถได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งให้ผู้ดูแลได้วิเคราะห์ปัจจัยที่ขัดขวางความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านหรือสิ่งที่คุณดูแลต้องการเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น เพื่อจะได้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย

จิตเภทตามสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเองมากขึ้นและได้ตรวจสอบความคาดหวังของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยด้วย ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลที่จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะทำการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไปได้

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล
2. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองในฐานะผู้นำกลุ่ม และต้อนรับสมาชิกในกลุ่มด้วยน้ำเสียงท่าทีที่เป็นมิตรและอบอุ่นด้วยการแสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน
3. ให้สมาชิกในกลุ่มทำความรู้จักกันโดยใช้กิจกรรม “ บ้านนี้มีรัก ” โดยผู้วิจัยแจกกระดาษรูปหัวใจ หลังจากนั้นให้เขียนชื่อเล่นลงบนกระดาษรูปหัวใจเมื่อเขียนเสร็จแล้วให้นำชื่อ-สกุล ชื่อเล่น ทีละคนเมื่อแนะนำตัวเสร็จแล้วให้นำกระดาษรูปหัวใจไปแปะไว้ในภาพบ้านที่เตรียมไว้ ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆจนสมาชิกทุกคนได้แนะนำตัวเองจนครบ แล้วผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมนี้และกล่าวนำเข้าสู่กิจกรรมลำดับต่อไป
4. ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัด ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม ข้อสงสัยโดยใช้ใบความรู้ที่ 1/1 แนะนำกิจกรรม
5. ผู้วิจัยอธิบายถึงความจำเป็นของการมีระเบียบและข้อปฏิบัติของกลุ่ม พร้อมทั้งให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นและร่วมกันตั้งระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
6. ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุประเบียบและข้อปฏิบัติของกลุ่ม
7. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความคาดหวังหรือความต้องการที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทตามใบกิจกรรมที่ 1.1 แล้วนำมาอภิปรายร่วมกันโดยเชื่อมโยงคำพูดความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้มีการอภิปรายอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสังเกตปฏิกิริยาและพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นและแจกใบกิจกรรมที่ 1.2 ให้ผู้ดูแลได้เขียนปัจจัยที่ขัดขวางความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านหรือสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น
8. ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากกิจกรรม 1.2 โดยชี้ให้เห็นว่าข้อมูลปัญหาที่สมาชิกได้เสนอนั้นเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญมากเพราะจะทำให้เราได้รู้ปัญหาที่แท้จริงส่งผลให้เราสามารถแก้ปัญหาได้ตรงตามความต้องการ

9. ให้สมาชิกประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานตามใบกิจกรรม 1.3 เมื่อสมาชิกทำการประเมินตัวเองเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยสรุปถึงผลการประเมินจากแบบประเมินพร้อมกันให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

10. ผู้วิจัยแจกใบกิจกรรม 1.3 ให้สมาชิกทำเพื่อให้ผู้ดูแลได้ประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของตนเอง

11. ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้ผ่านใบความรู้ 1/2 เรื่องบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเองมากขึ้นร่วมกับการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

12. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและร่วมกันสรุปกิจกรรม

13. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โปสเตอร์แสดงระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้ากลุ่ม
2. ใบกิจกรรมที่ 1.1 ความรู้สึกที่มีต่อการดูแลและความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบกิจกรรมที่ 1.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ใบกิจกรรมที่ 1.3 การประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน
5. ใบความรู้ที่ 1/1 แนะนำกิจกรรม
6. ใบความรู้ที่ 1/2 บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ปากกา/ดินสอ
8. ป้ายชื่อสำหรับผู้ดูแล
9. ภาพบ้านและกระดาศรูปหัวใจ + กระดาศกาว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ โดยประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ สีหน้าท่าทาง การสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การเปิดเผยข้อมูลของตนเองในกลุ่ม การซักถามปัญหาต่างๆ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

2. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ดูแลยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพได้

3. ผู้ดูแลรับรู้ สามารถบอกความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานที่ตนเองมีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

4. ผู้ดูแลมีความเข้าใจยอมรับผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น มีความรู้สึกและทัศนคติที่ดีต่อบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2	การปรับเปลี่ยน การส่งเสริมให้ความรู้และฝึกทักษะในการตัดสินใจเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวนกลุ่มละ 10 คน
สถานที่	คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี
ระยะเวลา	90 นาที ในสัปดาห์ที่ 2
รูปแบบ	ให้ผู้ดูแลนั่งเป็นวงกลม โดยให้ผู้ดูแลเลือกที่นั่งตามอักษยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การใช้ยารักษาอาการทางจิตและลักษณะอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต พร้อมกับสามารถดูแลอาการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการจัดยาให้ผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะในการตัดสินใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเมื่อได้รับผลข้างเคียงจากยา

สาระสำคัญ

ผู้วิจัยจะให้สมาชิกร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเดิมที่มีอยู่เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นพร้อมกับให้ข้อมูลความรู้ที่จำเป็นและเป็นปัจจุบันเพิ่มเติมกับผู้ดูแลเรื่องโรคจิตเภทได้แก่ สาเหตุ อาการ และการรักษา ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิตพร้อมกับวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะฝึกทักษะการเรื่องการจัดยาให้กับผู้ดูแลโดยการสอนแล้วให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับพร้อมกับสอนผู้ดูแลในการสังเกตและสอนให้ผู้ดูแลสามารถนำวิธีการจัดยาไปแนะนำผู้ป่วยเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง และฝึกทักษะในการตัดสินใจโดยผู้วิจัยจะมีการยกตัวอย่างสถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดอาการข้างเคียงจากยาในรูปแบบต่างๆและให้ผู้ดูแลอธิบายเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ตัวอย่างในขณะนั้น

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล
2. ผู้วิจัยกล่าวเปิดกลุ่มทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปกับสมาชิกพร้อมทั้งสอบถามว่า 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีปัญหาในเรื่องใดหรือไม่

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับเรื่อง โรคจิตเภทตามความรู้เดิมที่มีอยู่ ผู้วิจัยสรุปประเด็นและบรรยายความรู้เรื่องโรคจิตเภทเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษาตามใบความรู้ที่ 2/1 เรื่อง โรคจิตเภทคืออะไร

4. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ลักษณะอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่พบบ่อย การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา แล้วผู้วิจัยสรุปประเด็นและบรรยายความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา ตามใบความรู้ที่ 2/2 เรื่อง อาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต

5. ผู้วิจัยสอนเรื่องการจัดยาอย่างถูกวิธีให้กับผู้ดูแลหลังจากนั้นให้ผู้ดูแลได้ทดลองฝึกปฏิบัติการจัดยาด้วยตนเองด้วยการสาธิตย้อนกลับ พร้อมทั้งสอนผู้ดูแลในการสังเกตและสอนให้ผู้ดูแลสามารถนำวิธีการจัดยาไปแนะนำผู้ป่วยเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

6. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะในการตัดสินใจโดยผู้วิจัยนำตัวอย่างสถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดอาการข้างเคียงจากยาในรูปแบบต่างๆให้ผู้ดูแลจับสลากที่ละคนพร้อมกับให้ผู้ดูแลอธิบายอาการที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่จับได้พร้อมกับวิธีการแก้ไขปัญหานั้นๆด้วยตนเอง

7. ผู้วิจัยสอบถามถึงความรู้และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โปสเตอร์แสดงระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้ากลุ่ม
2. ใบความรู้ที่ 2/1 เรื่อง โรคจิตเภทคืออะไร
3. ใบความรู้ที่ 2/2 เรื่อง อาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต
4. ตลับแบ่งยา
5. ซองยา และยาเสมือนจริงสำหรับให้ทดลองจัดยา
6. ปากกา/ดินสอ
7. ป้ายชื่อสำหรับผู้ดูแล
8. สลากสถานการณ์อาการข้างเคียงจากยา + กล่องใส่สลาก

เกณฑ์การประเมินผล

1. สมาชิกมีความไว้วางใจต่อพยาบาลและสมาชิกในกลุ่มโดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนา และความร่วมมือการเปิดเผยข้อมูลของตนต่อกลุ่ม
2. สมาชิกมีความเต็มใจที่จะปฏิบัติตามขั้นตอนและมีความคุ้นเคยกับสมาชิกกลุ่มมากขึ้น โดยประเมินจากการสนทนา ท่าทาง และความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

3. สมาชิกเกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภทและการใช้ยารักษาอาการทางจิต โดยสังเกตจากการความสนใจ การพูดคุยซักถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในการตอบคำถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ
4. ผู้ดูแลเกิดทักษะในการปฏิบัติ ใช้การสังเกตจากการปฏิบัติและสามารถจัดยาได้อย่างถูกต้อง
5. ผู้ดูแลเกิดทักษะในการตัดสินใจแก้ปัญหาเมื่อผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแบบแผนการดำเนินชีวิตและสนับสนุนการใช้แหล่งทรัพยากร

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวนกลุ่มละ 10 คน

สถานที่ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี

ระยะเวลา 90 นาที ในสัปดาห์ที่ 3

รูปแบบ ให้ผู้ดูแลนั่งเป็นวงกลม โดยให้ผู้ดูแลเลือกที่นั่งตามอักษยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจถึงการสังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบและการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบได้
3. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบและเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆที่จะช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

สาระสำคัญ

ผู้วิจัยให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ขณะอยู่ที่บ้านพร้อมทั้งวิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าว แล้วผู้วิจัยสรุปประเด็นและให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่พบในประเด็นต่างๆได้แก่ ผู้ป่วยนอนไม่หลับ ผู้ป่วยหงุดหงิดโมโหร้าย ก้าวร้าว ผู้ป่วยเกียจคร้านไม่สนใจทำงาน ผู้ป่วยนอนหลับหรือดูโทรทัศน์ทั้งวัน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลกๆ ผู้ป่วยดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เป็นต้น แล้วผู้วิจัยได้มีการพูดคุยเกี่ยวกับอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบของผู้ป่วยแต่ละรายและผู้วิจัยสรุปลักษณะอาการเตือนที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละรายอีกครั้ง พร้อมทั้งให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้แก่ การสังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบ การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันอาการกำเริบ การใช้แหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนต่างๆ โดยผู้วิจัยจะสรุปเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของผู้ดูแลแต่ละราย เพื่อให้ผู้ดูแลรู้จักและเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆที่มีได้ง่ายขึ้น พร้อมกับแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรค

จิตเภทสำหรับผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลบันทึกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ที่บ้านลงในแบบบันทึกที่อยู่ด้านหลังของคู่มือและนำมาพูดคุยในครั้งต่อไป

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล
2. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปทบทวนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาหลังการเข้ากลุ่มครั้งที่ 2
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านพร้อมกับวิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าวโดยบันทึกลงในใบกิจกรรมที่ 3.1
4. ผู้วิจัยสรุปประเด็นและให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามใบความรู้ที่ 3/1 เรื่องการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ นอนไม่หลับ หงุดหงิดโมโหง่าย ก้าวร้าว ซึ่เกี่ยวข้องไม่สนใจทำงาน นอนหลับและดูโทรทัศน์ทั้งวัน มีพฤติกรรมแปลกๆ ตีแม่เหล้าสุบบุหรี่
5. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบและการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบตามใบกิจกรรมที่ 3.2 และผู้วิจัยสรุปลักษณะอาการเตือนที่เกิดขึ้นและวิธีการดูแลของผู้ป่วยแต่ละรายอีกครั้งพร้อมกับให้ข้อมูลตามใบความรู้ที่ 3/2 เรื่องการสังเกตอาการเตือนและการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบ
6. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ที่ตนเองรู้จักหรือเคยได้รับการช่วยเหลือและวิธีการขอรับความช่วยเหลือทำอย่างไร
7. ผู้วิจัยสรุปแหล่งประโยชน์ของแต่ละรายและเพิ่มเติมแหล่งประโยชน์อื่นๆตามใบความรู้ที่ 3/3 เรื่อง แหล่งสนับสนุนทางสังคม
8. ผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรค จิตเภทสำหรับผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลบันทึกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ที่บ้านลงในแบบบันทึกที่อยู่ด้านหลังของคู่มือและนำมาพูดคุยในครั้งต่อไปเพื่อให้ผู้ดูแลได้นำข้อมูลความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้
9. ผู้วิจัยสอบถามถึงความรู้และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้และนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 3.1 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการกับปัญหา
2. ใบกิจกรรมที่ 3.2 การสังเกตอาการเตือนและการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบ
3. ใบความรู้ที่ 3/1 เรื่องการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท
4. ใบความรู้ที่ 3/2 เรื่องการสังเกตอาการเตือนและการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบ
5. ใบความรู้ที่ 3/3 เรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคม
6. ปากกา/ดินสอ

7. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับผู้ดูแล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิดโมโหร้ายก้าวร้าว ชี้แจงไม่สนใจทำงาน นอนหลับและดูโทรทัศน์ทั้งวัน มีพฤติกรรมแปลกๆ ต้มเหล้าสุบุนหรี ได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการสังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบ และวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันอาการกำเริบได้อย่างถูกต้อง
3. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงแหล่งทรัพยากรทั้งในและนอกชุมชนและวิธีการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรดังกล่าวที่จะช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 คน

สถานที่ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี

ระยะเวลา 90 นาที ในสัปดาห์ที่ 4

รูปแบบ ให้ผู้ดูแลนั่งเป็นวงกลม โดยให้ผู้ดูแลเลือกที่นั่งตามอักษยตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง
3. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถประเมินระดับความเครียดของตนเองได้
4. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องความเครียดและวิธีการในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
5. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสатиชย์ย้อนกลับการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆได้

สาระสำคัญ

ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองที่ผ่านมาในขณะที่ต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทควบคู่ไปด้วย โดยผู้วิจัยจะสรุปประเด็นสำคัญพร้อมกับให้ข้อมูลความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกได้ทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองและประเมินคะแนนเป็นรายบุคคลรวมทั้งเปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึกหรือความเครียดของตนเองพร้อมกับบอกวิธีการจัดการกับความเครียดนั้น แล้วผู้วิจัยสรุปประเด็นให้ข้อมูลความรู้เรื่องความเครียดและวิธีการจัดการกับ

ความเครียดเพิ่มเติม สอนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การฝึกการหายใจ นวดคลายเครียด การใช้จินตนาการ ซึ่งผู้วิจัยจะสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดแล้วให้สมาชิกในกลุ่มปฏิบัติตาม ต่อจากนั้นผู้วิจัยจะทบทวนถึงการบ้านที่ให้ไว้ในสัปดาห์ที่ 3 โดยนำประเด็นที่เป็นประโยชน์มาสนทนาเพิ่มเติม ซึ่งเน้นในสิ่งที่สมาชิกให้ความสนใจ เพื่อให้สมาชิกรู้สึกว่าความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์เมื่อต้องประสบปัญหาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในชีวิตประจำวัน

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล
2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิก สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องต่างๆไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ ทบทวนการดูแลผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ผ่านมา
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในหัวข้อ วิธีการดูแลสุขภาพร่างกาย และจิตใจของตนเองที่ผ่านมาในขณะที่ต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทควบคู่ไปด้วย โดยบันทึกลงในใบกิจกรรมที่ 4.1
4. ผู้วิจัยสรุปประเด็นและให้ข้อมูลความรู้ตามใบความรู้ที่ 4/1 เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง
5. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองซึ่งอยู่ในคู่มือ “การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท” สำหรับผู้ดูแล หน้า 27 และให้ผู้ดูแลรวมคะแนนของตนเองว่ามีความเครียดอยู่ในระดับใด
6. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเครียดของตนเองที่เกิดขึ้นพร้อมกับวิธีการจัดการกับความเครียดนั้นและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำวิธีนั้นไปปฏิบัติจริง
7. ผู้วิจัยสรุปและให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับความเครียด ได้แก่ ความเครียดคืออะไร สาเหตุ อากาาร ระดับความเครียด วิธีการจัดการกับความเครียด คือ แบบมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ ตามใบความรู้ที่ 4/2 เรื่อง ความเครียด และวิธีการจัดการกับความเครียด
8. ผู้วิจัยสอนและสาธิตเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆตามใบความรู้ที่ 4/3 เรื่องเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การฝึกการหายใจ (เปิดเพลง “ดั่งดอกไม้บาน” และทำท่าทางประกอบตามเพลง) การนวดคลายเครียด การใช้จินตนาการ (เปิดซีดีจินตนาการของกรมสุขภาพจิต) แล้วให้ผู้ดูแลปฏิบัติตาม
9. ให้ผู้ดูแลสำรวจผลที่เกิดขึ้นหลังการฝึกแต่ละเทคนิคและเลือกเทคนิคที่ชอบและเหมาะสมให้กับตนเอง
10. ผู้วิจัยทบทวนการบ้านที่มอบหมายไว้ในสัปดาห์ที่ 3 คือ การบันทึกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านว่าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ดูแลพบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้อีกบ้าง แล้วใช้วิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นอย่างไร โดยผู้วิจัยจะนำประเด็นที่สำคัญและมีความ

นำเสนอใจมาร่วมพูดคุยแสดงความคิดเห็นร่วมกันเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มท่านอื่นๆสามารถนำวิธีการไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ได้เมื่อพบปัญหาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

11. ผู้วิจัยสรุปประเด็นทั้งหมดที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี้ สอบถามถึงความประทับใจและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้และนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรม 4.1 ผลกระทบทางด้านสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง
2. ใบความรู้ที่ 4/1 เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง
3. ใบความรู้ที่ 4/2 เรื่องความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียด
4. ใบความรู้ที่ 4/3 เรื่องเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด
5. ปากกา/ดินสอ
6. เครื่องเสียง ซีดีจินตนาการ
7. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับผู้ดูแล (แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง, แบบบันทึกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองได้
2. ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง
3. ผู้ดูแลสามารถประเมินระดับความเครียดของตนเองได้
4. ผู้ดูแลสามารถบอกหรือตอบข้อซักถามเกี่ยวกับเรื่องความเครียดคืออะไร สาเหตุ อาการ ระดับความเครียด และวิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างถูกต้อง
5. ผู้ดูแลสามารถสาธิตย้อนกลับวิธีผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 5 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 คน

สถานที่ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี

ระยะเวลา 90 นาที ในสัปดาห์ที่ 5

รูปแบบ ให้ผู้ดูแลนั่งเป็นวงกลม โดยให้ผู้ดูแลเลือกที่นั่งตามอักษยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้จากการใช้สถานการณ์จำลองสามารถนำข้อมูลความรู้ที่ได้รับทั้งหมดมาประยุกต์ใช้ได้

2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ทบทวนความรู้ ความเข้าใจกับข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่ผ่านมา
3. เพื่อให้เกิดทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม
4. เพื่อสรุปผลการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติและร่วมกันวางแผนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป

สาระสำคัญ

ผู้วิจัยจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่มๆละ 5 คน การดำเนินกิจกรรมจะใช้ใบงานซึ่งจะมีสถานการณ์จำลอง 1 เรื่อง แล้วแจกใบงานให้ผู้ดูแลกลุ่มละ 1 ใบ หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์จำลองที่ได้รับโดยให้ตอบคำถามตามที่กำหนด และให้สมาชิกเขียนลงในกระดาษฟลิปชาร์ต พร้อมกับส่งตัวแทนออกมานำเสนอกลุ่มละ 1-2 คน ซึ่งผู้วิจัยจะคอยสรุปประเด็นต่างๆ ช่วยชี้แนะ สนับสนุน ความคิดเห็นหรือประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลในกลุ่ม หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการสื่อสารตามสถานการณ์ต่างๆที่ได้รับ พร้อมกับเปิดโอกาสให้สมาชิกที่สมัครใจเล่าประสบการณ์จริงจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นให้ซักถามข้อสงสัย สรุปแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปใช้ในชีวิตจริงและร่วมกันประเมินผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล
2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆไปก่อนนำเข้ากิจกรรมกลุ่มพร้อมกับทบทวนการดูแลผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ผ่านมา
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน หลังจากนั้นแจกใบงานสถานการณ์ให้กลุ่มละ 1 ใบ พร้อมกับกระดาษฟลิปชาร์ตและปากกา ให้สมาชิกในกลุ่มย่อยอ่านรายละเอียดของสถานการณ์ที่ได้รับ พร้อมกับช่วยกันวิเคราะห์เหตุการณ์นั้นเพื่อตอบคำถามตามที่กำหนดไว้ โดยเขียนลงในกระดาษฟลิปชาร์ต พร้อมกับส่งตัวแทนออกมานำเสนอ 1-2 คนจากนั้นผู้วิจัยและสมาชิกช่วยกันสรุปประเด็น ชี้แนะ สนับสนุนประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยจะคอยสรุปประเด็นต่างๆ ช่วยชี้แนะ สนับสนุน ความคิดเห็นหรือประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลในกลุ่ม
4. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการสื่อสารตามสถานการณ์ต่างๆที่ได้รับโดยให้ผู้ดูแลจับคู่กันแล้วจับสลากคนละ 1 ครั้งและฝึกทักษะการสื่อสารตามสถานการณ์ที่ตนเองได้รับ
5. เปิดโอกาสให้สมาชิกที่สมัครใจเล่าประสบการณ์จริงจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. ผู้วิจัยสรุปประเด็นทั้งหมดของทุกกิจกรรมที่ผ่านมาและให้ทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่มทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินกิจกรรมและยุติกลุ่ม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 5.1 สถานการณ์จำลอง
2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ
3. ปากกา/ดินสอ
4. กระดาษฟลิปชาร์ต
5. สลากสถานการณ์สำหรับฝึกทักษะการสื่อสาร + กล่องใส่สลาก

เกณฑ์การประเมินผล

ประเมินจากความสนใจและการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น การตอบคำถาม และสังเกตขณะที่ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มในประเด็นต่างๆ

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแผนกิจกรรมของกลุ่ม สนับสนุนและให้ความรู้ที่สร้างขึ้นร่วมปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบเนื้อหาของกิจกรรมพร้อมกับปรับปรุงเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ภาษาที่ใช้ รูปแบบของเนื้อหา กิจกรรม เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหา กิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของกลุ่มสนับสนุนและ ให้ความรู้แบบกลุ่มพบว่ามีความเท่ากับ .85 ซึ่งอยู่ในระดับที่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากค่าดัชนีความตรงตาม เนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับแก้เนื้อหาตามข้อเสนอแนะที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน ภายใต้การดูแลจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในด้านเนื้อหาและภาษา ก่อนนำโปรแกรมไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ประเด็นที่มีการปรับแก้ไขมีดังนี้

ในส่วนของคุณภาพกิจกรรม ผู้วิจัยมีการปรับแก้ คือ การเน้นกระบวนการกลุ่ม ศักยภาพของ กลุ่มในการร่วมของกลุ่มสนับสนุนจะตีมากขึ้นในการปฏิบัติจริง และให้เน้นประโยชน์กับสัมพันธภาพ ให้ดีเพื่อจะได้ให้ความร่วมมือและเข้ากลุ่มได้อย่างต่อเนื่องทุกครั้ง

เนื้อหาของกิจกรรม มีการปรับแก้แบ่งเป็น 5 กิจกรรมย่อยในประเด็นต่อไปนี้ได้แก่

กิจกรรมครั้งที่ 1 การประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน การคาดการณ์ การสร้างแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย

- ทบทวนเรื่องกติกาไม่ต้องมากถึง 8 ข้อ ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะให้เหลือกติกาการเข้าร่วมกลุ่มให้เหลือเพียง 4 ข้อ ได้แก่ 1) เก็บรักษาความลับของสมาชิกในกลุ่ม ไม่นำเรื่องต่างๆไปเปิดเผยพูดคุยล้อเล่นกันนอกกลุ่ม 2) ไม่ตำหนิ หรือล้อเลียนสมาชิกในกลุ่ม 3) เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มให้ตรงเวลาและสม่ำเสมอทุกครั้ง 4) ไม่ออกจากกลุ่มขณะทำกิจกรรมหากจำเป็นต้องขออนุญาตกลุ่มก่อนทุกครั้ง

- ในระหว่างรอยต่อของแต่ละขั้นตอนควรเน้นการพูดคุย ไม่ควรเน้นทางการมากจนเกินไป

- เพิ่มการ Empowerment สมาชิกในส่วนที่สามารถปฏิบัติได้ดีและเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ดูแลจะปฏิบัติได้จริง

กิจกรรมครั้งที่ 2 การปรับเปลี่ยน การส่งเสริมให้ความรู้และฝึกทักษะในการตัดสินใจเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย

- ก่อนการเริ่มต้นกิจกรรมครั้งใหม่ ควรมีการทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมาก่อนทุกครั้ง ผู้วิจัยจึงได้ปรับเพิ่มการทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมาก่อนเริ่มทำกลุ่มในครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5 ก่อนทุกครั้ง

- ทบทวนเรื่องการเน้นย้ำกติกาเนื่องจากเป็นกลุ่มของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่จึงไม่จำเป็นต้องใช้เวลาในการย้ำกติกาบ่อยๆ ผู้วิจัยจึงได้ปรับลดกิจกรรมการทบทวนกติกา ก่อนเริ่มกิจกรรมกลุ่มในครั้งที่ 2

- ควรฝึกผู้ดูแลในการสังเกตหรือสอนการจัดยาให้ผู้ป่วยด้วย เมื่อผู้วิจัยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นที่เรียบร้อยแล้วจึงได้ปรับเพิ่มกิจกรรมในการสอนผู้ดูแลสังเกตและสอนให้ผู้ดูแลสามารถนำวิธีการจัดยาไปแนะนำผู้ป่วยเองที่บ้านได้อย่างถูกต้องเพิ่มเข้าไปในกิจกรรมที่ 2 เพื่อให้เนื้อหาของกิจกรรมสมบูรณ์และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

- อาการข้างเคียงจากยาควรเป็นภาพรวมของอาการที่พบได้ทั่วไปไม่จำเป็นต้องแนะนำอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยาแต่ละชนิดถ้าผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตัวนั้น เมื่อผู้วิจัยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นที่เรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจึงได้ปรับเนื้อหาในใบความรู้ที่ 2/2 เรื่อง อาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตโดยนำเสนอในภาพรวมของอาการที่พบได้ทั่วไป

กิจกรรมครั้งที่ 3 การส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแบบแผนการดำเนินชีวิตและสนับสนุนการใช้แหล่งทรัพยากร

- ควรเน้นกระบวนการกลุ่มถึงปัญหาและวิธีการแก้ไขจากใบกิจกรรมที่ 3.1 มาใช้ในการแก้ไข ดังนั้นหลังจากผู้ดูแลเขียนปัญหาลงในใบงานเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยนำประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ดูแลแต่ละคนมาพูดคุยกันและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาพร้อมกันภายในกลุ่ม

- ควรสรุปอาการเตือนของแต่ละรายไม่สรุปแบบภาพรวม ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลพูดคุยเกี่ยวกับอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะมีการกำเริบของผู้ป่วยแต่ละรายและผู้วิจัยสรุปลักษณะอาการเตือนที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละรายอีกครั้งก่อนให้คำแนะนำเพิ่มเติม

- แหล่งประโยชน์เพิ่มเติมให้ครบ (ยังขาดอีกหลายแห่ง)และควรสรุปแหล่งประโยชน์ของผู้ดูแลแต่ละรายไม่ใช่สรุปภาพรวม ผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนเพิ่มเติมจนครบไว้ในใบความรู้ที่ 3/3

กิจกรรมครั้งที่ 4 การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

- กิจกรรมข้อที่ 3 ปรับคำพูด ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลไม่ได้เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสาเหตุเดียวจะทำให้ผู้ดูแลโทษผู้ป่วยได้ว่าทำให้เขาเครียดและป่วย การดูแลผู้ป่วยเป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น ผู้วิจัยจึงปรับคำถามในข้อที่ 3 เป็นวิธีการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองที่ผ่านมาในขณะที่ต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทควบคู่ไปด้วย

- ทบทวนระยะเวลาการฝึกแต่ละเทคนิคให้เหมาะสมกับเวลา

- ให้ผู้ดูแลสำรวจผลที่เกิดขึ้นหลังการฝึกแต่ละเทคนิคและเลือกเทคนิคที่ชอบและเหมาะสมสำหรับตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 5 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย

- การเพิ่มเติมสถานการณ์จริงจากสมาชิกกลุ่มที่สมัครใจจะช่วยให้สมาชิกได้ประสบการณ์ตรงจะทำให้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับให้มีกิจกรรมการเล่าประสบการณ์ตรงจากสมาชิกในกลุ่มที่สมัครใจในช่วงท้ายหลังจากฝึกทักษะการสื่อสารเรียบร้อยแล้ว

หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงนำกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ที่คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี โดยทดลองใช้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริง ทั้งในแง่ของภาษา เนื้อหาของกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ภายหลังจากทดลองใช้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในเนื้อหาของแต่ละกิจกรรมได้ดีพอสมควร การดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนดำเนินไปได้ด้วยดี สำหรับในกิจกรรมที่ 2 เกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และยารักษาอาการทางจิต ภาษาที่ใช้บางช่วงจะเป็นวิชาการทำให้เข้าใจยากผู้วิจัยจึงมีดาร์ปรับภาษาที่ใช้ให้ง่ายขึ้นและใช้ภาพประกอบการอธิบาย และอาการข้างเคียงจากยา (EPS) จะใช้เป็นคลิปวิดีโอสั้นๆประกอบการบรรยายเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มไปปรึกษาและปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาเอง ซึ่งข้อคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การมีโรคประจำตัว และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.2 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ที่สร้างตามแนวคิดของ Ever et al. (1985) และนำมาพัฒนาโดย แก้วตา มีศรี (2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ โดยมีข้อคำถามด้านบวก 21ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับโดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ไม่ตรงกับตัวท่านเลย	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับกรกระทำและกิจกรรมการดูแลของท่านเลย
ตรงกับตัวท่านน้อย	หมายถึง	ข้อความตรงกับกรกระทำกิจกรรมการดูแลของท่านน้อย
ตรงกับตัวท่านปานกลาง	หมายถึง	ข้อความตรงกับกรกระทำกิจกรรมการดูแลของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
ตรงกับตัวท่านมาก	หมายถึง	ข้อความตรงกับกรกระทำกิจกรรมการดูแลของท่านมาก
ตรงกับตัวท่านมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความตรงกับกรกระทำกิจกรรมการดูแลของท่านมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

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

การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์ตามระดับคะแนนซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80	มีความสามารถในระดับสูง
ระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 50-80	มีความสามารถในระดับปานกลาง
ระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50	มีความสามารถในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการ

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างคำถามกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการของตัวแปร ซึ่งกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ได้แก่

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยมเลย
- 2 หมายถึง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึง จะมีความสอดคล้องกับค่านิยม
- 3 หมายถึง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อยจึง จะมีความสอดคล้องกับค่านิยม
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยม

หลังจากนั้นรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมาแจกแจงตามระดับความคิดเห็น ทั้ง 4 ระดับ โดยรวมจำนวนคำถามข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 หากค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร ซึ่งค่าดัชนีความตรงที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2555) จากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านเพื่อนำมา คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) พบว่าได้เท่ากับ .86 ซึ่งผ่านตาม เกณฑ์ที่กำหนด แต่ผู้ทรงคุณวุฒิยังมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อให้ข้อคำถามมีความสมบูรณ์มากขึ้น ผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีรายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

- ในส่วนชื่อของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลควรมีการระบุด้วยว่าเป็นของใคร ผู้วิจัยจึงได้ ปรับแก้ไขจาก “แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล” เปลี่ยนเป็น “แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล”

- สำหรับในข้อที่ 5 อาชีพในปัจจุบัน โดยแยกอาชีพข้าราชการกับอาชีพรัฐวิสาหกิจออกจากกัน

- สำหรับในข้อที่ 6 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี ผู้วิจัยจึงได้ปรับ แก้จาก “ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ปี” เปลี่ยนเป็น “ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ปี (เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)”

- สำหรับในข้อที่ 8 เพิ่มความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อยืนยันกลุ่มตัวอย่างที่ได้เลือกเข้ามา

แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- ข้อคำถามที่ 1 ควรตัดคำว่า “เป็นประจำ” ออกโดยเปลี่ยนเป็น “อย่าง” ผู้วิจัยจึงปรับแก้ไข จากข้อคำถามจาก “ท่านดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประจำสม่ำเสมอ” เปลี่ยนเป็น “ท่านดูแล ความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ”

- ข้อคำถามที่ 2 ควรตัดคำว่า “พยายาม” ออกผู้วิจัยจึงปรับแก้ไขจากข้อคำถามจาก “ท่านพยายามให้การดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองมากที่สุด” เปลี่ยนเป็น “ท่านให้การดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองมากที่สุด”

- ข้อคำถามที่ 3 ควรปรับข้อคำถามจาก “ท่านมีกำลังใจในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตามที่ต้องการ” ปรับเป็น “ท่านให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตามที่ผู้ป่วยต้องการ”

- ข้อคำถามที่ 10 ควรตัดคำว่า “ได้” ออกผู้วิจัยจึงปรับแก้ไขจากข้อคำถามจาก “ท่านได้ตรวจสอบสิ่งที่ปฏิบัติเป็นประจำเพื่อรักษาสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น” เปลี่ยนเป็น “ท่านตรวจสอบสิ่งที่ปฏิบัติเป็นประจำเพื่อรักษาสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น”

- ข้อคำถามที่ 13 เพิ่มคำว่า “ได้” ต่อจากอาการไม่สุขสบายต่างๆ ผู้วิจัยจึงปรับแก้ไขจากข้อคำถามจาก “ท่านดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อ่อนเพลีย มีอาการข้างเคียงจากยา เป็นต้น” เปลี่ยนเป็น “ท่านดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการไม่สุขสบายต่างๆ ได้ เช่น อ่อนเพลีย มีอาการข้างเคียงจากยา เป็นต้น”

- ข้อคำถามที่ 18 ตัดคำว่า “ จะ” กับคำว่า “ ของ”ออกผู้วิจัยจึงปรับแก้ไขจากข้อคำถามจาก “ท่านจะซักถามจนเข้าใจเมื่อได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย” เปลี่ยนเป็น “ท่านซักถามจนเข้าใจ เมื่อได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย”

- ข้อคำถามที่ 21 เพิ่มเป็น “แพทย์/พยาบาล” แทน แพทย์ อย่างเดียว เพราะผู้ป่วยและญาติมีโอกาสพบแพทย์น้อย ผู้วิจัยจึงปรับแก้ไขจากข้อคำถามจาก “ท่านสอบถามแพทย์เกี่ยวกับผลและฤทธิ์ข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยได้รับยาชนิดใหม่” เปลี่ยนเป็น “ท่านสอบถามแพทย์/พยาบาล เกี่ยวกับผลและฤทธิ์ข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยได้รับยาชนิดใหม่”

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างคนละกลุ่มกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราษฎร, 2555) ผลจากการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ .88 (รายละเอียดดังภาคผนวก ข)

3. เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติตามแนวคิดของ Lefley (1987) มาพัฒนาโดย แก้วตา มีศรี

(2554) ข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 26 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 16 ข้อ (ข้อ 1,2,4, 5, 6,7,8,10,11, 12, 15,17,18,22,24,25) และคำถามเชิงลบ 10 ข้อ (ข้อ 3,9,13,14,16,19,20,21,23,26) ได้แก่

ความหมายของโรคจิตเภท	1	ข้อ	สาเหตุของโรคจิตเภท	6	ข้อ
อาการของโรคจิตเภท	6	ข้อ	การดำเนินของโรคจิตเภท	2	ข้อ
การรักษาโรคจิตเภท	3	ข้อ	การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	8	ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์ตามระดับคะแนนซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80	มีความรู้ในระดับสูง
ระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 50-80	มีความรู้ในระดับปานกลาง
ระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50	มีความรู้ในระดับต่ำ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์ในการกำกับการศึกษาไว้ว่าหลังได้เข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มผู้ดูแลจะต้องมีระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 คือมีความรู้อยู่ในระดับสูง จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้ในระดับสูงจะมีเหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาต่างๆได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีความรู้ในระดับต่ำ (Gutierrez-Maldonado and Caqueo-Urizar, 2007) และหากภายหลังการประเมินพบว่าผู้ดูแลคนใดที่มีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะพูดคุยกับผู้ดูแลเพื่อประเมินปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลรายนั้นพร้อมทั้งให้คำแนะนำ สอน และให้การดูแลช่วยเหลือจนกว่าบุคคลนั้นจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร ซึ่งกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ได้แก่

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
- 2 หมายถึง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึง จะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความ สอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

หลังจากนั้นรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมาแจกแจงตามระดับความคิดเห็น ทั้ง 4 ระดับ โดยรวมจำนวนคำถามข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 หาค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหาจากสูตร ซึ่งค่าดัชนีความตรงที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร, 2555) จากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านเพื่อนำมา คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) พบว่าได้เท่ากับ .96 ซึ่งผ่านตาม เกณฑ์ที่กำหนด แต่ผู้ทรงคุณวุฒิยังมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อให้ข้อคำถามมีความสมบูรณ์มากขึ้น ผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีรายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

- ปรับชื่อแบบสอบถามให้สอดคล้องกับงานวิจัยโดยปรับคำว่า “ญาติ” เป็น “ผู้ดูแล” และปรับ คำว่า “ผู้ป่วยจิตเวช” ให้เป็น “ผู้ป่วยจิตเภท” ผู้วิจัยจึงปรับแก้ไขชื่อแบบสอบถามจาก “แบบวัด ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ” เปลี่ยนเป็น “แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จิตเภทของผู้ดูแล”

- ข้อคำถามที่ 2 เพิ่มคำว่า “สาเหตุ” เป็น “สาเหตุหนึ่ง” ผู้วิจัยจึงปรับแก้ไขจากข้อคำถามจาก “สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง” เปลี่ยนเป็น “สาเหตุ หนึ่งของการป่วยเป็นโรคจิตเภท เกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง”

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้ กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างคน ละกลุ่มกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ตามสูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร, 2555) ผลจากการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ .85 (รายละเอียดตั้ง ภาคผนวก ข)

3.2 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมิน สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ แปลมาจากแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลใน ครอบครัวกับผู้รับการดูแลของ Stewart and Archbold (1996) โดยคมสัน แก้วระยะ (2542) และ นำมาพัฒนาโดย แก้วตา มีศรี (2554) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อครอบคลุม 2 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย มีข้อคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-9 2) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-20 ลักษณะคำตอบเป็นมา ตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

จริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงมากที่สุด
จริงค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงมาก
จริงบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงน้อย
ไม่จริงเลย	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงเลย

แบบสอบถามมีทั้งหมด 20 ข้อ สามารถเลือกตอบได้เพียงข้อละ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

จริงมากที่สุด	4	คะแนน
จริงค่อนข้างมาก	3	คะแนน
จริงบ้างเล็กน้อย	2	คะแนน
ไม่จริงเลย	1	คะแนน

คะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นคะแนนรวมจากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดมีค่าต่ำสุด 20 คะแนนและมีค่าสูงสุด 80 คะแนน การแปลผลคะแนนคะแนนต่ำแสดงว่าผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย คะแนนสูงแสดงว่าผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย

คะแนน 20-39	หมายถึง	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับไม่ดี
คะแนน 40-59	หมายถึง	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 60-80	หมายถึง	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับดี

เมื่อจำแนกเป็นรายด้านของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนดังนี้

1. ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

คะแนน 9-17	หมายถึง	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภทด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วยอยู่ในระดับไม่ดี
คะแนน 18-26.99	หมายถึง	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภทด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 27-36	หมายถึง	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภทด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี

2. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

คะแนน 11-21	หมายถึง	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภทด้านการมีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับไม่ดี
คะแนน 22-32	หมายถึง	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภทด้านการมีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 33-44	หมายถึง	สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภทด้านการมีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับดี

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์ในการกำกับการศึกษาไว้ว่าหลังได้เข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ดูแลทุกรายจะต้องมีระดับคะแนน 40 คะแนนขึ้นไป คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป จากการศึกษาของแก้วตา มีศรี (2554) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนระดับปานกลาง ($r=.561, p<.05$) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ช่วยให้ระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวประสบความสำเร็จ หากภายหลังการประเมินพบว่าผู้ดูแลคนใดที่มีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะพูดคุยกับผู้ดูแลเพื่อประเมินปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลรายนั้นพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการดูแลช่วยเหลือจนกว่าบุคคลนั้นจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร ซึ่งกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ได้แก่

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
- 2 หมายถึง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึง จะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

หลังจากนั้นรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมาแจกแจงตามระดับความคิดเห็น ทั้ง 4 ระดับ โดยรวมจำนวนคำถามข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 หากค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร ซึ่งค่าดัชนีความตรงที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร, 2555) จากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านเพื่อนำมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) พบว่าได้เท่ากับ .95 ซึ่งผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่ผู้ทรงคุณวุฒิยังมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อให้ข้อคำถามมีความสมบูรณ์มากขึ้น ผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีรายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้

- คำถามข้อที่ 3 เปลี่ยนจากคำว่า “อดทน” เป็น “ยอมรับ” ผู้วิจัยจึงปรับแก้ไขจากข้อคำถามจาก “ท่านอดทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้” เปลี่ยนเป็น “ท่านยอมรับต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้”

- คำถามข้อที่ 8 เปลี่ยนจากคำว่า “ประโยชน์” เป็น “คุณค่า” ผู้วิจัยจึงปรับแก้ไขจากข้อคำถามจาก “ท่านรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อครอบครัว” เปลี่ยนเป็น “ท่านรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อครอบครัว”

- คำถามข้อที่ 14 ควรตัดคำว่า “ กัน” ออกเหลือแค่คำว่า “ความขัดแย้ง” ผู้วิจัยจึงปรับแก้ไขจากข้อคำถามจาก “เมื่อมีความขัดแย้งกันเกิดขึ้นท่านและผู้ป่วยสามารถปรับความเข้าใจกันได้” เปลี่ยนเป็น “เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้นท่านและผู้ป่วยสามารถปรับความเข้าใจกันได้”

- คำถามข้อที่ 15 ควรตัดคำว่า “ จะ” ออกไปผู้วิจัยจึงปรับแก้ไขจากข้อคำถามจาก “ท่านมักจะแสดงออกถึงความเอื้ออาทร ความรัก ความหวังใยผู้ป่วย” เปลี่ยนเป็น “ท่านมักแสดงออกถึงความเอื้ออาทร ความรัก ความหวังใยผู้ป่วย”

- คำถามข้อที่ 20 ควรตัดคำว่า “ทุกเรื่อง” ออกไปผู้วิจัยจึงปรับแก้ไขจากข้อคำถามจาก “ท่านเต็มใจทำตามที่คุณป่วยขอให้ท่านช่วยเหลือทุกเรื่อง” เปลี่ยนเป็น “ท่านเต็มใจทำตามที่คุณป่วยขอให้ท่านช่วยเหลือ”

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างคนละกลุ่มกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (บุญใจ ศรีสถิตย่นรางกูร, 2555) ผลจากการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ .89 (รายละเอียดดังภาคผนวก ข)

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้มีการจำแนกออกเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในด้านความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ รูปแบบการให้การพยาบาลแบบรายกลุ่ม ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและใน

ต่างประเทศ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมด้วยการฝึกประสบการณ์ในการทำกลุ่มที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นระยะเวลา 1 เดือนร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนด้วยเป็นระยะเวลา 1 เดือน เพื่อให้เกิดความชำนาญและมีความพร้อมอย่างเต็มที่ก่อนการปฏิบัติจริง

1.2 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาเครื่องมือและผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาจนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีความสมบูรณ์

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลปทุมธานี เพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

1.4 หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลปทุมธานี ผู้วิจัยติดต่อประสานงานในการเข้าพบผู้อำนวยการของโรงพยาบาลปทุมธานีเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยทั้งหมดมาเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานคลินิกจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมกับประสานงานขอใช้สถานที่ในการดำเนินการทดลองและขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ระหว่างเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

1.6 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มขณะทำกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติคือเป็นพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้โดยละเอียดเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและไม่เกิดความผิดพลาดขณะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.7 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโดยคัดเลือกประวัติผู้ป่วยจิตเภทที่มาพร้อมรับบริการที่คลินิกพร้อมกับผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มีญาติมารักษาแทน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เบื้องต้น

1.8 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปทุมธานี ซึ่งผู้วิจัยจะทำการประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล และสำหรับผู้ป่วยจิตเภทจะ

ได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เพื่อประเมินว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง หากทำการประเมินแล้วพบว่ามีความสอดคล้องตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ดูแลสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกตามขั้นตอนดังกล่าวจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดไว้คือ 40 ราย

1.9 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้วยการจับคู่ (Matched-pair) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้อายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามรายละเอียดดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคู่ (Matched-pair) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	อายุ		ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	
1	52 ปี	52 ปี	10 ปี	10 ปี
2	45 ปี	45 ปี	1 ปี	2 ปี
3	44 ปี	42 ปี	20 ปี	20 ปี
4	33 ปี	31 ปี	3 ปี	3 ปี
5	40 ปี	40 ปี	20 ปี	17 ปี
6	57 ปี	55 ปี	10 ปี	10 ปี
7	54 ปี	52 ปี	6 ปี	6 ปี
8	53 ปี	53 ปี	4 ปี	3 ปี
9	58 ปี	60 ปี	13 ปี	12 ปี
10	62 ปี	62 ปี	10 ปี	10 ปี
11	67 ปี	64 ปี	15 ปี	15 ปี
12	66 ปี	66 ปี	4 ปี	5 ปี
13	61 ปี	61 ปี	8 ปี	8 ปี
14	65 ปี	65 ปี	15 ปี	15 ปี
15	46 ปี	43 ปี	9 ปี	9 ปี
16	41 ปี	41 ปี	3 ปี	4 ปี
17	49 ปี	50 ปี	15 ปี	14 ปี
18	50 ปี	50 ปี	7 ปี	5 ปี
19	44 ปี	43 ปี	8 ปี	10 ปี
20	53 ปี	53 ปี	5 ปี	7 ปี

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

2.1.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการพยาบาลที่จะได้รับจากพยาบาลประจำคลินิกจิตเวชได้แก่ การประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหา และแจกเอกสารแผ่นพับ

2.2 การดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2.2 หลังจากทำแบบประเมินแล้ว ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน พร้อมกับอธิบายรายละเอียดของกิจกรรมตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรม ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี ครั้งละ 90 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ มีการนัดหมายวัน เวลา ตามรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

2.2.3 ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับ การทดลองทันที โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล และแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

ตารางที่ 3 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ณ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี

กิจกรรม	กลุ่มที่ / จำนวนสมาชิก	วันที่	เวลา	สถานที่
กิจกรรมที่ 1 การประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน การคาดการณ์ การสร้างแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย	กลุ่มที่ 1 10 คน	14 ธ.ค. 2558	9.00-10.30น.	ห้องกิจกรรม คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วย นอก
	กลุ่มที่ 2 10 คน	14 ธ.ค. 2558	13.00-14.30น.	
กิจกรรมที่ 2 การปรับเปลี่ยน การส่งเสริมให้ความรู้และฝึกทักษะในการตัดสินใจเพื่อให้การดูแล ผู้ป่วย	กลุ่มที่ 1 10 คน	18 ธ.ค. 2558	9.00-10.30น.	ห้องกิจกรรม คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วย นอก
	กลุ่มที่ 2 10 คน	18 ธ.ค. 2558	13.00-14.30น.	
กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแบบแผนการดำเนินชีวิตและสนับสนุนการใช้แหล่งทรัพยากร	กลุ่มที่ 1 10 คน	25 ธ.ค. 2558	9.00-10.30น.	ห้องกิจกรรม คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วย นอก
	กลุ่มที่ 2 10 คน	25 ธ.ค. 2558	13.00-14.30น.	
กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง	กลุ่มที่ 1 10 คน	30 ธ.ค. 2558	9.00-10.30น.	ห้องกิจกรรม คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วย นอก
	กลุ่มที่ 2 10 คน	30 ธ.ค. 2558	13.00-14.30น.	
กิจกรรมที่ 5 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย	กลุ่มที่ 1 10 คน	8 ม.ค. 2559	9.00-10.30น.	ห้องกิจกรรม คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วย นอก
	กลุ่มที่ 2 10 คน	8 ม.ค. 2559	13.00-14.30น.	

สรุปผลจากการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้
หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน การคาดการณ์ การสร้าง
แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวนกลุ่มละ 10 คน

สถานที่ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี

ระยะเวลา 90 นาที ในสัปดาห์ที่ 1

รูปแบบ ให้ผู้ดูแลนั่งเป็นวงกลม โดยให้ผู้ดูแลเลือกที่นั่งตามอัยาศัยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย
นั่งสลับกับผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลและระหว่างผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงปัจจัยที่ทำให้ตนเองยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจ
และมีทัศนคติที่ดีในการกระทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล
2. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองในฐานะผู้นำกลุ่ม และต้อนรับสมาชิกในกลุ่มด้วยน้ำเสียง
ท่าทีที่เป็นมิตรและอบอุ่นด้วยการแสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน “สวัสดีค่ะขอต้อนรับทุกท่าน
เข้าสู่กิจกรรมกลุ่มในวันนี้คะ ดิฉัน สุกัญญา แก้วศิริ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปัจจุบันกำลังศึกษาในระดับ
ปริญญาโท ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก่อนอื่นดิฉันอยากให้ทุกๆท่านได้ทำความรู้จักกันผ่านกิจกรรม
น่ารักๆชื่อว่า “บ้านนี้มีรัก”คะ

3. ให้สมาชิกในกลุ่มทำความรู้จักกันโดยใช้กิจกรรม “ บ้านนี้มีรัก ” โดยผู้วิจัยแจกกระดาษรูป
หัวใจ หลังจากนั้นให้เขียนชื่อเล่นลงบนกระดาษรูปหัวใจ เมื่อเขียนเสร็จแล้วให้แนะนำตัวชื่อ- สกุล ชื่อ
เล่น ทีละคนเมื่อแนะนำตัวเสร็จแล้วให้นำกระดาษรูปหัวใจไปแปะไว้ในภาพบ้านที่เตรียมไว้ ทำเช่นนี้
ไปเรื่อยๆจนสมาชิกทุกคนได้แนะนำตัวเองจนครบ แล้วผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมนี้และกล่าว
นำเข้าสู่กิจกรรมลำดับต่อไป “ตอนนี้ทุกคนก็รู้จักกันแล้วนะคะ คนเรามีหัวใจคนละ 1 ดวงซึ่งตอนนี้
หัวใจทุกดวงได้มาอยู่รวมกันในบ้านหลังนี้แล้ว นับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไปไม่ว่าเราจะเป็นใครมาจากที่
ไหนก็ไม่สำคัญ เพราะเมื่อเราทุกคนได้เข้ามาเป็นสมาชิกในบ้านหลังนี้ ก็เปรียบเสมือนว่าเราทุกคนใน

ที่นี้เป็นครอบครัวเดียวกัน และพร้อมจะแบ่งปันความรู้สึกทั้งสุขและทุกข์ไปด้วยกัน พวกเราทุกคนจะคอยเป็นกำลังใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันเพื่อให้ทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไปนะคะ”

4. ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม ข้อเสนอแนะโดยใช้ใบความรู้ที่ 1/1 แนะนำกิจกรรม

5. ผู้วิจัยอธิบายถึงความจำเป็นของการมีระเบียบและข้อปฏิบัติของกลุ่ม พร้อมทั้งให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นและร่วมกันตั้งระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

6. ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุประเบียบและข้อปฏิบัติของกลุ่ม

7. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความคาดหวังหรือความต้องการที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทตามใบกิจกรรมที่ 1.1 แล้วนำมาอภิปรายร่วมกันโดยเชื่อมโยงคำพูดความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้มีการอภิปรายอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสังเกตพฤติกรรมและพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นและแจกใบกิจกรรมที่ 1.2 ให้ผู้ดูแลได้เขียนปัจจัยที่ขัดขวางความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านหรือสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น

8. ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากกิจกรรม 1.2 โดยชี้ให้เห็นว่าข้อมูลปัญหาที่สมาชิกได้เสนอนั้นเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญมากเพราะจะทำให้เราได้รู้ปัญหาที่แท้จริงส่งผลให้เราสามารถแก้ปัญหาที่ตรงตามความต้องการ

9. ให้สมาชิกประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานตามใบกิจกรรม 1.3 เมื่อสมาชิกทำการประเมินตัวเองเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยสรุปถึงผลการประเมินจากแบบประเมินพร้อมทั้งให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

10. ผู้วิจัยแจกใบกิจกรรม 1.3 ให้สมาชิกทำเพื่อให้ผู้ดูแลได้ประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของตนเอง

11. ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้ผ่านใบความรู้ 1/2 เรื่องบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเองมากขึ้นร่วมกับการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

12. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อเสนอแนะและร่วมกันสรุปกิจกรรม

13. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

ในช่วงเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพครั้งแรกพบว่า สมาชิกกลุ่มมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส พูดคุย ทักทายกันดี มีการแนะนำตนเองสั้นๆ ให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำความรู้จักและให้ความร่วมมือในการทำ

กิจกรรม บ้านนี้มีรัก เป็นอย่างดี เมื่อผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เมื่ออธิบายจบสมาชิกมีข้อซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมจนสมาชิกเกิดความเข้าใจและไม่มีการซักถามเพิ่มเติม

ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันตั้งระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม สามารถสรุปได้ทั้งสิ้น 4 ข้อ ดังนี้ 1) เก็บรักษาความลับของสมาชิกในกลุ่ม ไม่นำเรื่องต่างๆไปเปิดเผยล้อเล่นกันนอกกลุ่ม 2) ไม่ตำหนิ หรือล้อเลียนสมาชิกในกลุ่ม 3) เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มให้ตรงเวลาและสม่ำเสมอทุกครั้ง 4) ไม่ออกจากกลุ่มขณะทำกิจกรรมหากจำเป็นต้องขออนุญาตกลุ่มก่อน ซึ่งทุกคนรับทราบและเข้าใจตรงกัน

สมาชิกได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความคาดหวังหรือความต้องการที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทตามใบกิจกรรมที่ 1.1 ลักษณะสัมพันธ์ภาพภายในกลุ่มค่อนข้างผ่อนคลาย บรรยากาศเป็นกันเองสมาชิกยอมเล่าระบายความรู้สึกของตนเอง เมื่อสมาชิกแต่ละท่านได้ฟังความรู้สึกของสมาชิกคนอื่นๆก็รู้สึกเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ซึ่งความรู้สึกส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะสงสัยว่าทำไมต้องมาเจ็บป่วยทางจิตแบบนี้ และบางครั้งก็รู้สึกกังวลใจ ทุกข์ใจ กลัวว่าถ้าตนเองตายไปผู้ป่วยจะใช้ชีวิตอยู่ต่อไปอย่างไร ตัวอย่างคำพูดของสมาชิก

“ทุกวันนี้ก็อยู่กับแค่สองคนแม่ลูก ถ้าแม่ตายไปใครจะดูแลเขา”

“คิดถึงอนาคตแล้วก็ป็นห่วงลูกไม่รู้เขาจะอยู่กับใครถ้าไม่มีเราแล้ว คิดแล้วก็ทุกขนะ”

ส่วนในด้านความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทนั้น สมาชิกส่วนใหญ่อยากให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้และหายเป็นปกติเหมือนเดิม ตัวอย่างคำพูดของสมาชิก

“อยากให้เขาดูแลตัวเองให้ได้จะได้ไม่ต้องเป็นห่วง”

“อยากให้เขาหายสักที กลับไปทำงานได้เหมือนเมื่อก่อนตอนเด็กๆเขาเรียนเก่งมากนะ”

ผู้ดูแลได้เขียนปัจจัยที่ขัดขวางความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านหรือสิ่งที่คุณดูแลต้องการเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้นลงในใบกิจกรรมที่ 1.2 สมาชิกทุกคนมีความตั้งใจในการทำกิจกรรมดี ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในกลุ่มเป็นอย่างดี โดยผู้วิจัยมีการกระตุ้นสมาชิกบางท่านบ้างในระหว่างแสดงความคิดเห็นกัน สมาชิกส่วนใหญ่ต้องการได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น อยากรู้ว่า จะพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างไรดีเพราะบางครั้งสิ่งที่เราทำไปก็ไม่รู้ว่าถูกต้องหรือไม่ อยากรู้เกี่ยวกับโรคนี้จะได้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นเพราะบางครั้งเราไม่รู้ว่าสิ่งที่เขาทำมันเป็นอาการจากโรคที่เขาเป็นอยู่ และอยากทราบว่ามีที่ไหนบ้างที่จะคอยให้การช่วยเหลือเราได้เวลาผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นมา ซึ่งผู้วิจัยก็ชี้ให้เห็นว่าข้อมูลปัญหาที่สมาชิกได้เสนอนั้นเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญมากเพราะจะทำให้เราได้รู้ปัญหาที่แท้จริงส่งผลให้เราสามารถแก้ปัญหาที่ตรงตามความต้องการ

สมาชิกประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานตามใบกิจกรรม 1.3 โดยผู้วิจัยอธิบาย และให้สมาชิกทำการประเมินไปพร้อมๆกัน ผลการประเมินพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังมีปัญหาในเรื่องของการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการทำกิจกรรม เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับบทบาทหน้าที่หลายอย่างและเมื่อต้องเข้ามารับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอีกจึงยังไม่สามารถจัดสรรเวลาได้เพราะบางครั้งผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงโดยที่ไม่สามารถคาดเดาได้จึงมีความลำบากในการจัดสรรเวลา เมื่อรับทราบปัญหาดังกล่าวแล้วผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลความรู้ผ่านใบความรู้ 1/2 เรื่องบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วยนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วยและของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย เข้าใจและยอมรับในบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลอย่างเต็มใจ คอยกระตุ้นให้กำลังใจเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการทำบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งให้เห็นว่าถ้าหากวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยที่ดีผู้ป่วยจิตเภทหลายรายก็มีอาการที่ดีขึ้นได้และสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองหรือออกไปทำงานได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

กิจกรรมที่ 2 การปรับเปลี่ยน การส่งเสริมให้ความรู้และฝึกทักษะในการตัดสินใจเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวนกลุ่มละ 10 คน

สถานที่ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี

ระยะเวลา 90 นาที ในสัปดาห์ที่ 2

รูปแบบ ให้ผู้ดูแลนั่งเป็นวงกลม โดยให้ผู้ดูแลเลือกที่นั่งตามอักษยาศักดิ์ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การใช้ยารักษาอาการทางจิตและลักษณะอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต พร้อมกับสามารถดูแลอาการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการจัดยาให้ผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะในการตัดสินใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเมื่อได้รับผลข้างเคียงจากยา

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล
2. ผู้วิจัยกล่าวเปิดกลุ่มทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆไปกับสมาชิกพร้อมทั้งสอบถามว่า 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีปัญหาในเรื่องใดหรือไม่ “สวัสดีทุกๆท่านนะคะ สำหรับวันนี้ก็

รู้สึกยินดีที่เราได้มาพบกันเป็นครั้งที่ 2 แล้วทุกท่านสบายดีนะคะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาการดูแล น้อง/ลูก... เป็นอย่างไรบ้างคะ”

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับเรื่อง โรคจิตเภทตามความรู้เดิมที่มีอยู่ ผู้วิจัยสรุปประเด็นและบรรยายความรู้เรื่องโรคจิตเภทเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษาตามใบความรู้ที่ 2/1 เรื่อง โรคจิตเภทคืออะไร

4. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ลักษณะอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่พบบ่อย การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา และผู้วิจัยสรุปประเด็นและบรรยายความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา ตามใบความรู้ที่ 2/2 เรื่อง อาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต

5. ผู้วิจัยสอนเรื่องการจัดยาอย่างถูกวิธีให้กับผู้ดูแลหลังจากนั้นให้ผู้ดูแลได้ทดลองฝึกปฏิบัติการจัดยาด้วยตนเองด้วยการสาธิตย้อนกลับ พร้อมกับสอนผู้ดูแลในการสังเกตและสอนให้ผู้ดูแลสามารถนำวิธีการจัดยาไปแนะนำผู้ป่วยเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

6. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะในการตัดสินใจโดยผู้วิจัยนำตัวอย่างสถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดอาการข้างเคียงจากยาในรูปแบบต่างๆให้ผู้ดูแลจับสลากที่ละคนพร้อมกับให้ผู้ดูแลอธิบายอาการที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่จับได้พร้อมกับวิธีการแก้ไขปัญหานั้นๆด้วยตนเอง

7. ผู้วิจัยสอบถามถึงความรู้และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้พร้อมกับนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

สมาชิกกล่าวทักทายพูดคุยกัน สีน้ายิ้มแย้มแจ่มใส บรรยากาศเป็นกันเองอบอุ่น ผู้วิจัยทักทายสมาชิกพูดคุยเรื่องต่างๆไปและถามถึงใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นอย่างไรบ้าง สมาชิกบอกว่ารู้สึกว่าคุณใจเย็นกับผู้ป่วยมากขึ้นไม่ค่อยใช้อารมณ์เหมือนเมื่อก่อนเพราะรู้สึกเข้าใจว่าเขาป่วย เห็นอกเห็นใจ และสงสารผู้ป่วย ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมว่าเป็นตัวอย่างที่ดีสมาชิกท่านอื่นๆก็ปรบมือให้ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับเรื่อง โรคจิตเภทตามความรู้เดิมที่มีอยู่ โดยสมาชิกบอกว่า “ที่ต้องมาป่วยแบบนี้เป็นเพราะสาเหตุทางไสยศาสตร์” บางคนก็เชื่อว่าเป็นเพราะว่าติดยาเสพติดพอเสพไปมากๆก็กลายเป็นบ้าไป” สมาชิกบางท่านก็บอกว่า “แต่ญาติพี่ที่ป่วยก็เพราะอุบัติเหตุหัวฟาดพื้นแล้วสลบไปตื่นมาก็เป็นโรคแบบนี้เลย” ผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคจิตเภทได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษาตามใบความรู้ที่ 2/1 เรื่อง โรคจิตเภทคืออะไร ระหว่างที่ให้ความรู้สมาชิกให้ความสนใจดี มีการจดบันทึก สอบถามและแสดงความคิดเห็นเป็นระยะๆ ส่วนผู้วิจัยมีการถามคำถามย้อนกลับสมาชิกก็สามารถตอบคำถามได้

ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ลักษณะอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่พบบ่อย การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น

ว่า “แม่ฉันกินยาแล้วมือสั่นตลอด แต่ฉันคิดว่าไม่เป็นไรก็เลยไม่ได้ทำอะไร” “กินยาแล้วนอนทั้งวันไม่ทำอะไรเลยพอตกกลางคืนก็ไม่ยอมนอน” “เมื่อก่อนนี่ตอนได้ยามาใหม่ๆกินเข้าไปแล้วคอบิดเกร็งฉันตกใจหมดรีบพามาหาหมอนึกว่าชัก” และผู้วิจัยสรุปประเด็นและบรรยายความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา ตามใบความรู้ที่ 2/2 เรื่องอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ขณะบรรยายผู้วิจัยใช้ภาพและวิดีโอคลิปเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตประกอบการบรรยายไปด้วยทำให้สมาชิกมีความสนใจและเข้าใจได้ง่ายขึ้น หลังให้ความรู้ผู้วิจัยถามคำถามย้อนกลับสมาชิกสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง

ผู้วิจัยสอนเรื่องการจัดยาอย่างถูกวิธีให้กับผู้ดูแลหลังจากนั้นให้ผู้ดูแลได้ทดลองฝึกปฏิบัติการจัดยาด้วยตนเอง ซึ่งสมาชิกบางท่านยังจัดยาได้ไม่ถูกต้องจึงมีการแนะนำและสอนเป็นรายบุคคลเพิ่มเติมจนสมาชิกทุกท่านทราบวิธีการจัดยาและสามารถจัดยาเองได้อย่างถูกต้อง เกิดความมั่นใจมากขึ้นในการที่จะไปสอนให้ผู้ป่วยฝึกจัดยาเองที่บ้านได้ หลังจากนั้นผู้ดูแลได้ฝึกทักษะในการตัดสินใจโดยผู้วิจัยนำตัวอย่างสถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดอาการข้างเคียงจากยาในรูปแบบต่างๆ ให้สมาชิกจับสลากคนละ 1 อัน ยกตัวอย่างเช่น “คอแห้ง หิวน้ำบ่อย ดูแลให้จิบน้ำบ่อยๆ” “ง่วงนอนมาก ดูแลไม่ให้ขับรถจะเกิดอันตราย บอกหมอให้ปรับยา” เป็นต้น

ช่วงสุดท้ายของกิจกรรมสมาชิกบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมในวันนี้ สมาชิกส่วนใหญ่บอกว่าได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้น รู้สึกดีที่ได้มาเข้ากลุ่มได้เจอคนที่มีปัญหาเหมือนกันกับเรา ได้แก่ “ได้ความรู้ดีมากเลย ป้าจาดได้ตั้งเยอะจะได้นำไปใช้มีประโยชน์มาก”

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแบบแผนการดำเนินชีวิตและสนับสนุนการใช้แหล่งทรัพยากร

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวนกลุ่มละ 10 คน

สถานที่ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี

ระยะเวลา 90 นาที ในสัปดาห์ที่ 3

รูปแบบ ให้ผู้ดูแลนั่งเป็นวงกลม โดยให้ผู้ดูแลเลือกที่นั่งตามอักษยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจถึงการสังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบ และการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบได้
3. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบและเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆที่จะช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล
2. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปทบทวนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาหลังการเข้ากลุ่มครั้งที่ 2 “สวัสดีทุกๆท่านคะ วันนี้การเดินทางมาลำบากไหมคะ.....ก่อนที่จะเข้าสู่กิจกรรมในวันนี้ เรามาทบทวนประสบการณ์ในสัปดาห์ที่ผ่านมาก่อนนะคะว่าเราได้เรียนรู้เกี่ยวกับอะไรไปบ้าง.....แล้วนำไปปฏิบัติที่บ้านผลเป็นอย่างไรบ้าง”
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านพร้อมกับวิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าวโดยบันทึกลงในใบกิจกรรมที่ 3.1
4. ผู้วิจัยสรุปประเด็นและให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามใบความรู้ที่ 3/1 เรื่องการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ นอนไม่หลับ หงุดหงิดโมโหร้าย ก้าวร้าว ซึ่ใจไม่สนใจทำงาน นอนหลับและดูโทรทัศน์ทั้งวัน มีพฤติกรรมแปลกๆ ตีแม่เหล้าสุบบุรี
5. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบและการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบตามใบกิจกรรมที่ 3.2 และผู้วิจัยสรุปลักษณะอาการเตือนที่เกิดขึ้นและวิธีการดูแลของผู้ป่วยแต่ละรายอีกครั้งพร้อมกับให้ข้อมูลตามใบความรู้ที่ 3/2 เรื่องการสังเกตอาการเตือนและการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบ
6. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ที่ตนเองรู้จักหรือเคยได้รับการช่วยเหลือและวิธีการขอรับความช่วยเหลือทำอย่างไร
7. ผู้วิจัยสรุปแหล่งประโยชน์ของแต่ละรายและเพิ่มเติมแหล่งประโยชน์อื่นๆตามใบความรู้ที่ 3/3 เรื่อง แหล่งสนับสนุนทางสังคม
8. ผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลบันทึกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ที่บ้านลงในแบบบันทึกที่อยู่ด้านหลังของคู่มือและนำมาพูดคุยในครั้งต่อไปเพื่อให้ผู้ดูแลได้นำข้อมูลความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้
9. ผู้วิจัยสอบถามถึงความรู้และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้และนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

สมาชิกกล่าวทักทายพูดคุยกัน สีน้ายิ้มแย้มแจ่มใส บรรยากาศเป็นกันเองอบอุ่น ผู้วิจัยทักทายสมาชิกพูดคุยเรื่องทั่วไปและถามถึงใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นอย่างไรบ้าง สมาชิกบอกว่า “ลูกป่ากินยาแล้ววังงมากหลังจากที่เรียนไปก็เลยพาลูกมาหาหมอ หมอก็ปรับยาให้ตอนนี้ก็ดีขึ้นไม่วังงมากเหมือนเดิมแล้ว” ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมว่าเป็นตัวอย่างที่ดีเพราะนำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้มานำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย แล้วผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านพร้อมกับวิธีการจัดการ

กับปัญหาดังกล่าว สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องราวที่ตนเคยพบปัญหามาก่อน เช่น คนไข้ไม่ยอมกินยา แก๊ซโดยบอกกับผู้ป่วยว่าถ้าไม่กินยาก็ต้องกลับไปนอนที่โรงพยาบาลอีก แต่บางท่านก็บอกว่าจัดยาไว้ให้เป็นชุดๆเลยแล้วถึงเวลาก็เรียกให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าเราเลย เป็นต้น หลังจากนั้นสรุประเด็นและให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามใบความรู้ที่ 3/1 เรื่องการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกรับฟังอย่างตั้งใจ มีการสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยคือผู้ป่วยชอบไปที่วัดไปชนผ้าห่อศพกลับมาองไว้ที่บ้านเป็นประจำ ผู้วิจัยจึงให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นในประเด็นนี้ว่าควรจะให้ช่วยเหลืออย่างไรจึงจะเหมาะสม สมาชิกแสดงความคิดเห็นว่า “ต้องลองคุยกับเขาดีๆก่อนค่อยๆอธิบายเหตุผลว่าทำไมเราถึงไม่อยากให้เขาเก็บผ้าจากวัดมาไว้ที่บ้านเพราะบางที่เขาอาจไม่เข้าใจว่าทำไมเราถึงห้ามไม่ให้ทำ” “บอกกับเขาว่าผ้ามันสกปรกมีเชื้อโรคเดี๋ยวจะป่วย”

ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบ และการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบ โดยให้ผู้ดูแลเล่าเรื่องของตนเองเกี่ยวกับอาการเตือนที่เราสังเกตเห็นหรือพบในผู้ป่วยทีละคน ซึ่งสมาชิกเล่าว่า “ ก่อนที่จะอาละวาดเขาไม่ยอมนอนตอนกลางคืน เดินปิดไฟเปิดไฟอยู่ทั้งคืน” “เดินออกจากบ้านไปพูดบ่นคนเดียว เดินคุยกับนกบอกว่านกพูดได้” “นั่งซิมๆอยู่คนเดียว พูดอะไรไม่รู้พิมพ์้า ข้าวปลาก็ไม่กิน” ส่วนเรื่องการดูแลไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ สมาชิกแสดงความคิดเห็นดังนี้ “ต้องคอยบอกและดูแลให้เขากินยาให้ครบตามที่หมอสั่งอาการจะได้ไม่กำเริบ” “ต้องคอยสังเกตอาการของเขาด้วยถ้ามาอ่อน วุ่นวาย พูดคนเดียวละก็ต้องรีบพาไปหาหมอแล้วเดี๋ยวอาการจะกำเริบหนัก” ผู้วิจัยสรุปลักษณะอาการเตือนที่เกิดขึ้นและวิธีการดูแลของผู้ป่วยแต่ละรายอีกครั้งพร้อมกับให้ข้อมูลตามใบความรู้ที่ 3/2 เรื่องการสังเกตอาการเตือนและการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบ ระหว่างที่ให้ข้อมูลสมาชิกตั้งใจฟังดี พักหน้าตอบรับเมื่อผู้วิจัยถามถึงความเข้าใจ ไม่มีข้อซักถามเพิ่มเติมหลังจากให้ข้อมูลความรู้

สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ที่ตนเองรู้จักหรือเคยได้รับการช่วยเหลือและวิธีการขอรับความช่วยเหลือทำอย่างไร สมาชิกเล่าว่าปกติ “ถ้าไปฉีดยาประจำก็จะพาคนไข้ไปที่อนามัยใกล้ๆบ้านจะได้ประหยัดค่าและก็รถสะดวกดี” แต่ถ้าเกิดภาวะฉุกเฉินคนไข้อาละวาดก็จะโทรขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลหรือ 1669 บางทีก็ให้รถ อบต. มารับคนไข้ ส่วนคนไข้ที่ทำบัตรผู้พิการแล้วก็จะได้เบี้ยยังชีพจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนอื่นๆเพิ่มเติมได้ เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 หรือ 1667 เป็นต้น

กิจกรรมที่ 4	การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 คน
สถานที่	คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี
ระยะเวลา	90 นาที ในสัปดาห์ที่ 4
รูปแบบ	ให้ผู้ดูแลนั่งเป็นวงกลม โดยให้ผู้ดูแลเลือกที่นั่งตามอัยาศัยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง
3. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถประเมินระดับความเครียดของตนเองได้
4. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องความเครียดและวิธีการในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
5. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสารถีย้อนกลับการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆได้

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล
2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิก สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ ทบทวนการดูแลผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ผ่านมา “สวัสดีทุกๆท่านคะ ดิฉันก็รู้สึกยินดีและมีความสุขทุกครั้งที่เราได้มาพบกัน ทุกๆท่านเป็นอย่างรักน้อบายนะคะ ก่อนที่เราจะเริ่มกิจกรรมกัน เรามาเรียกพลังในตัวเองกันหน่อยดีกว่า.....(ให้สมาชิกปรบมือตามคำสั่ง) ปรบมือพร้อมเพรียงและเสียงดังขนาดนี้แสดงว่าพร้อมที่จะทำกิจกรรมกันแล้วใช่ไหมคะ..... ในวันนี้เราจะมาดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของทุกๆท่านกันคะ แต่ก่อนจะเริ่มเนื้อหาวันนี้เมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมาได้มีท่านใดได้นำวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เราคุยกันไปใช้บ้างแล้วผลเป็นอย่างไรบ้างคะ”
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในหัวข้อ วิธีการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองที่ผ่านมาในขณะที่ต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทควบคู่ไปด้วย โดยบันทึกลงในใบกิจกรรมที่ 4.1
4. ผู้วิจัยสรุปประเด็นและให้ข้อมูลความรู้ตามใบความรู้ที่ 4/1 เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง
5. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองซึ่งอยู่ในคู่มือ “การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท” สำหรับผู้ดูแล หน้า 27 และให้ผู้ดูแลรวมคะแนนของตนเองว่ามีความเครียดอยู่ในระดับใด

6. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเครียดของตนเองที่เกิดขึ้นพร้อมกับวิธีการจัดการกับความเครียดนั้นและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำวิธีนั้นไปปฏิบัติจริง

7. ผู้วิจัยสรุปและให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับความเครียด ได้แก่ ความเครียดคืออะไร สาเหตุอาการ ระดับความเครียด วิธีการจัดการกับความเครียด คือ แบบมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ ตามใบความรู้ที่ 4/2 เรื่อง ความเครียด และวิธีการจัดการกับความเครียด

8. ผู้วิจัยสอนและสาธิตเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆตามใบความรู้ที่ 4/3 เรื่องเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การฝึกการหายใจ (เปิดเพลง “ดั่งดอกไม้บาน” และทำท่าทางประกอบตามเพลง) การนวดคลายเครียด การใช้จินตนาการ (เปิดซีดีจินตนาการของกรมสุขภาพจิต) แล้วให้ผู้ดูแลปฏิบัติตาม

9. ให้ผู้ดูแลสำรวจผลที่เกิดขึ้นหลังการฝึกแต่ละเทคนิคและเลือกเทคนิคที่ชอบและเหมาะสมให้กับตนเอง

10. ผู้วิจัยทบทวนการบ้านที่มอบหมายไว้ให้ในสัปดาห์ที่ 3 คือ การบันทึกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านว่าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ดูแลพบพฤติกรรมที่เป็นปัญหาใดอีกบ้างแล้วใช้วิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นอย่างไร โดยผู้วิจัยจะนำประเด็นที่สำคัญและมีความน่าสนใจมาร่วมพูดคุยแสดงความคิดเห็นร่วมกันเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มท่านอื่นๆสามารถนำวิธีการไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ได้เมื่อพบปัญหาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

11. ผู้วิจัยสรุปประเด็นทั้งหมดที่ได้เรียนรู้ในครั้งนี้อย่างละเอียด สอบถามถึงความประทับใจและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้และนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

สมาชิกกล่าวทักทายพูดคุยกัน บรรยากาศเป็นกันเองอบอุ่น ผู้วิจัยทักทายสมาชิกพูดคุยเรื่องต่างๆไปและให้ทำกิจกรรมเรียกความพร้อมก่อนเริ่มกลุ่มขณะทำกิจกรรมสมาชิกยิ้มแย้ม สีหน้าแจ่มใส ทำกิจกรรมด้วยความสนุกสนานพร้อมเพรียงกัน ผู้วิจัยสอบถามถึงสัปดาห์ที่ผ่านมาว่ามีท่านใดได้นำวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เราคุยกันไปใช้บ้างแล้วผลเป็นอย่างไรบ้างคะ สมาชิกบอกว่า “ฉันพาคนไข้ไปทำบัตรคนพิการมาตอนแรกไม่ได้สนใจแต่ทำก็ดีขึ้นจะได้รับเงินช่วยเหลือบ้าง” “ปกติสามีหนูจะนอนทั้งวันไม่ช่วยทำอะไรเลย ก็เลยบอกเขาว่าให้ช่วยกวาดบ้าน ภูบ้านบ้างได้ไหม ตอนพูดกับเขาก็ลูบมาช่วยทำบ้างนะแต่พอไม่พูดก็นอนเหมือนเดิมอีก” ผู้วิจัยและสมาชิกคนอื่นๆจึงให้กำลังใจและบอกว่าต้องกระตุ้นบ่อยๆ พี่เองก็พูดบ่อยๆเหมือนกัน

สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในหัวข้อ วิธีการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองที่ผ่านมาในขณะที่ต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทควบคู่ไปด้วย โดยบันทึกลงในใบกิจกรรมที่ 4.1 พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ดูแลตนเองเนื่องจากไม่ค่อยมีเวลา ถ้ามีโรคประจำตัวก็ไปรับยาที่โรงพยาบาลตามที่หมอนัดเท่านั้น ผู้วิจัยสรุปประเด็นและให้ข้อมูลความรู้ตามใบความรู้ที่

4/1 เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พร้อมกับให้ความรู้เรื่องความเครียดและการจัดการกับความเครียด จากการสังเกตพฤติกรรมสมาชิกให้ความสนใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ซึ่งสมาชิกแต่ละคนก็มีวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในรูปแบบต่างๆ ดังนี้ ออกไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ทำสวนปลูกต้นไม้ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ เข้าวัดทำบุญฟังเทศน์ นอกจากนี้สมาชิกยังสามารถบอกผลกระทบที่เกิดจากความเครียดได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เป็นโรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น สมาชิกบางคนบอกว่า “ตอนแรกฉันเครียดมากเลยนะไม่รู้จักไปพูดกับใคร จนรู้สึกตัวเองจะป่วยไปอีกคนแล้วแต่ฉันรู้สึกดีมากที่ได้มาเข้ากลุ่มเพราะทำให้รู้ว่าคนอื่นๆก็มีปัญหาเหมือนกับเราแถมปัญหาของเราอย่างน้อยก็ของคนอื่นอีก” ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องความเครียด พร้อมกับแนะนำเทคนิคการคลายเครียดวิธีต่างๆให้กับสมาชิกได้ลองฝึกปฏิบัติไปพร้อมๆกัน หลังจากสมาชิกได้ฝึกเทคนิคคลายเครียดต่างๆแล้ว สมาชิกมีความรู้สึกที่ “รู้สึกโล่งๆดี นวดแล้วรู้สึกผ่อนคลาย” “รู้สึกสบายขึ้นใจสงบดี”

กิจกรรมที่ 5 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 คน

สถานที่ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี

ระยะเวลา 90 นาที ในสัปดาห์ที่ 5

รูปแบบ ให้ผู้ดูแลนั่งเป็นวงกลม โดยให้ผู้ดูแลเลือกที่นั่งตามอักษยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้จากการใช้สถานการณ์จำลองสามารถนำข้อมูลความรู้ที่ได้รับทั้งหมดมาประยุกต์ใช้ได้
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ทบทวนความรู้ ความเข้าใจกับข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่ผ่านมา
3. เพื่อให้เกิดทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม
4. เพื่อสรุปผลการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติและร่วมกันวางแผนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล
2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปก่อนนำเข้ากิจกรรมกลุ่มพร้อมกับทบทวนการดูแลผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ผ่านมา “สวัสดีทุกๆท่านคะ อากาศในห้องกำลังพอดีไหมคะ ถ้าท่านใดรู้สึกว่าร้อนหรือหนาวเกินไปก็บอกได้เลยนะคะ การเข้ากลุ่มในวันนี้จะเป็นครั้งสุดท้ายแล้วของ

กิจกรรมกลุ่มในครั้งนี้ สำหรับกิจกรรมในวันนี้จะทำให้พวกเราได้ทบทวนความรู้ทั้งหมดที่เราได้พูดคุยกันมา โดยที่เราจะแบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน แล้วก็นั่งล้อมเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากันนะคะ”

3. ผู้วิจัยให้สมาชิกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน หลังจากนั้นแจกใบงานสถานการณ์ให้กลุ่มละ 1 ใบ พร้อมกับกระดาษฟลิปชาร์ตและปากกา ให้สมาชิกในกลุ่มย่อยอ่านรายละเอียดของสถานการณ์ที่ได้รับ พร้อมกับช่วยกันวิเคราะห์เหตุการณ์นั้นเพื่อตอบคำถามตามที่กำหนดไว้ โดยเขียนลงในกระดาษฟลิปชาร์ต พร้อมกับส่งตัวแทนออกมานำเสนอ 1-2 คน จากนั้นผู้วิจัยและสมาชิกช่วยกันสรุปประเด็น ชี้แนะ สนับสนุนประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยจะคอยสรุปประเด็นต่างๆ ช่วยชี้แนะ สนับสนุน ความคิดเห็นหรือประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลในกลุ่ม

4. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการสื่อสารตามสถานการณ์ต่างๆที่ได้รับโดยให้ผู้ดูแลจับคู่กันแล้วจับสลากคนละ 1 ครั้งและฝึกทักษะการสื่อสารตามสถานการณ์ที่ตนเองได้รับ

5. เปิดโอกาสให้สมาชิกที่สมัครใจเล่าประสบการณ์จริงจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

6. ผู้วิจัยสรุปประเด็นทั้งหมดของทุกกิจกรรมที่ผ่านมาและให้ทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่มทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินกิจกรรมและยุติกลุ่ม

การประเมินผล

สมาชิกกล่าวทักทายพูดคุยกัน บรรยากาศเป็นกันเองอบอุ่น ผู้วิจัยทักทายสมาชิกพูดคุยเรื่องทั่วไปทบทวนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่ฝึกปฏิบัติในสัปดาห์ก่อนว่าได้ลองนำไปใช้แล้วเป็นอย่างไรกันบ้าง สมาชิกส่วนใหญ่ชอบเทคนิคการผ่อนคลายเครียด บอกว่านวดแล้วรู้สึกผ่อนคลายดี หลังจากนั้นให้สมาชิกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 5 คนแจกใบงานสถานการณ์ให้กลุ่มละ 1 แผ่นสมาชิกในแต่ละกลุ่มแบ่งหน้าที่กันโดยมีคนอ่านสถานการณ์ตัวอย่างให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มฟัง ช่วยกันแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามลงในกระดาษพร้อมกับส่งตัวแทนออกมานำเสนอกลุ่มละ 2 คน ขณะทำกิจกรรมสมาชิกทุกคนช่วยกันแสดงความคิดเห็นดี ช่วยกันตอบคำถาม ในระหว่างที่สมาชิกของแต่ละกลุ่มออกมานำเสนอที่ตั้งใจรับฟังดี ซึ่งสมาชิกทั้ง 2 กลุ่มสามารถวิเคราะห์และตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการสื่อสารตามสถานการณ์ที่จับสลากได้ เช่น ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาบอกว่าเบื่อจะพูดอย่างไรดี “กินยานะลูก กินยาแล้วลูกจะได้รู้สึกสบายขึ้นถ้าลูกไม่กินยาแล้วเกิดไม่สบายต้องไปนอนโรงพยาบาลอีกนะ” สมาชิกช่วยกันแสดงความคิดเห็นว่าการสื่อสารแบบนี้เป็นอย่างไรบ้าง หรือมีวิธีสื่อสารแบบใดได้อีก สมาชิกทุกคนได้ฝึกทักษะการสื่อสารแล้วรู้สึกมีความมั่นใจมากขึ้น ในช่วงสุดท้ายเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าประสบการณ์จริงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสมาชิกยกมือเป็นอาสาสมัครขอเล่าประสบการณ์ หลังจากเล่าประสบการณ์แล้วสมาชิกให้กำลังใจ ชื่นชมในความพยายามและความอดทนในการดูแลผู้ป่วยจนมีอาการดีขึ้น ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมและให้ทำแบบประเมินพร้อมทั้งนัดหมายวันเวลาในการประเมินผลครั้งสุดท้าย

การกำกับการทดลอง

ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมิน ดังนี้

2.3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ผลการประเมินพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผ่านเกณฑ์ทั้งหมด คือ มีความรู้อยู่ในระดับสูง แสดงดังตารางที่ 4

2.3.2 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ผลการประเมินพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยดีขึ้นผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป แสดงดังตารางที่ 5



ตารางที่ 4 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง หลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ (กำกับการทดลอง)

คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	ระดับความรู้	คะแนน	ระดับความรู้
1	60	ระดับปานกลาง	81	ระดับสูง
2	55	ระดับปานกลาง	81	ระดับสูง
3	80	ระดับปานกลาง	100	ระดับสูง
4	52	ระดับปานกลาง	88	ระดับสูง
5	60	ระดับปานกลาง	85	ระดับสูง
6	65	ระดับปานกลาง	85	ระดับสูง
7	70	ระดับปานกลาง	85	ระดับสูง
8	51	ระดับปานกลาง	82	ระดับสูง
9	62	ระดับปานกลาง	89	ระดับสูง
10	77	ระดับปานกลาง	86	ระดับสูง
11	67	ระดับปานกลาง	90	ระดับสูง
12	54	ระดับปานกลาง	81	ระดับสูง
13	61	ระดับปานกลาง	88	ระดับสูง
14	80	ระดับปานกลาง	90	ระดับสูง
15	66	ระดับปานกลาง	85	ระดับสูง
16	56	ระดับปานกลาง	81	ระดับสูง
17	63	ระดับปานกลาง	82	ระดับสูง
18	60	ระดับปานกลาง	87	ระดับสูง
19	58	ระดับปานกลาง	88	ระดับสูง
20	80	ระดับปานกลาง	95	ระดับสูง

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูงทั้งหมด 20 ราย คือมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การกำกับการทดลองที่กำหนดไว้

ตารางที่ 5 คะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ (กำกับกับการทดลอง)

คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	ระดับสัมพันธภาพ	คะแนน	ระดับสัมพันธภาพ
1	40	ปานกลาง	56	ปานกลาง
2	58	ปานกลาง	64	ดี
3	59	ปานกลาง	67	ดี
4	55	ปานกลาง	61	ดี
5	60	ดี	64	ดี
6	50	ปานกลาง	59	ปานกลาง
7	52	ปานกลาง	62	ดี
8	46	ปานกลาง	58	ปานกลาง
9	54	ปานกลาง	56	ปานกลาง
10	50	ปานกลาง	59	ปานกลาง
11	55	ปานกลาง	59	ปานกลาง
12	40	ปานกลาง	60	ดี
13	45	ปานกลาง	61	ดี
14	39	ไม่ดี	58	ปานกลาง
15	65	ดี	71	ดี
16	68	ดี	74	ดี
17	40	ปานกลาง	54	ปานกลาง
18	65	ปานกลาง	75	ดี
19	68	ปานกลาง	71	ดี
20	39	ไม่ดี	49	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับดีทั้งหมด 11 ราย คือมีคะแนนอยู่ในช่วง 60-80 คะแนน และอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด 9 ราย คือมีคะแนนอยู่ในช่วง 40-59 คะแนน ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การกำกับการทดลองที่กำหนดไว้

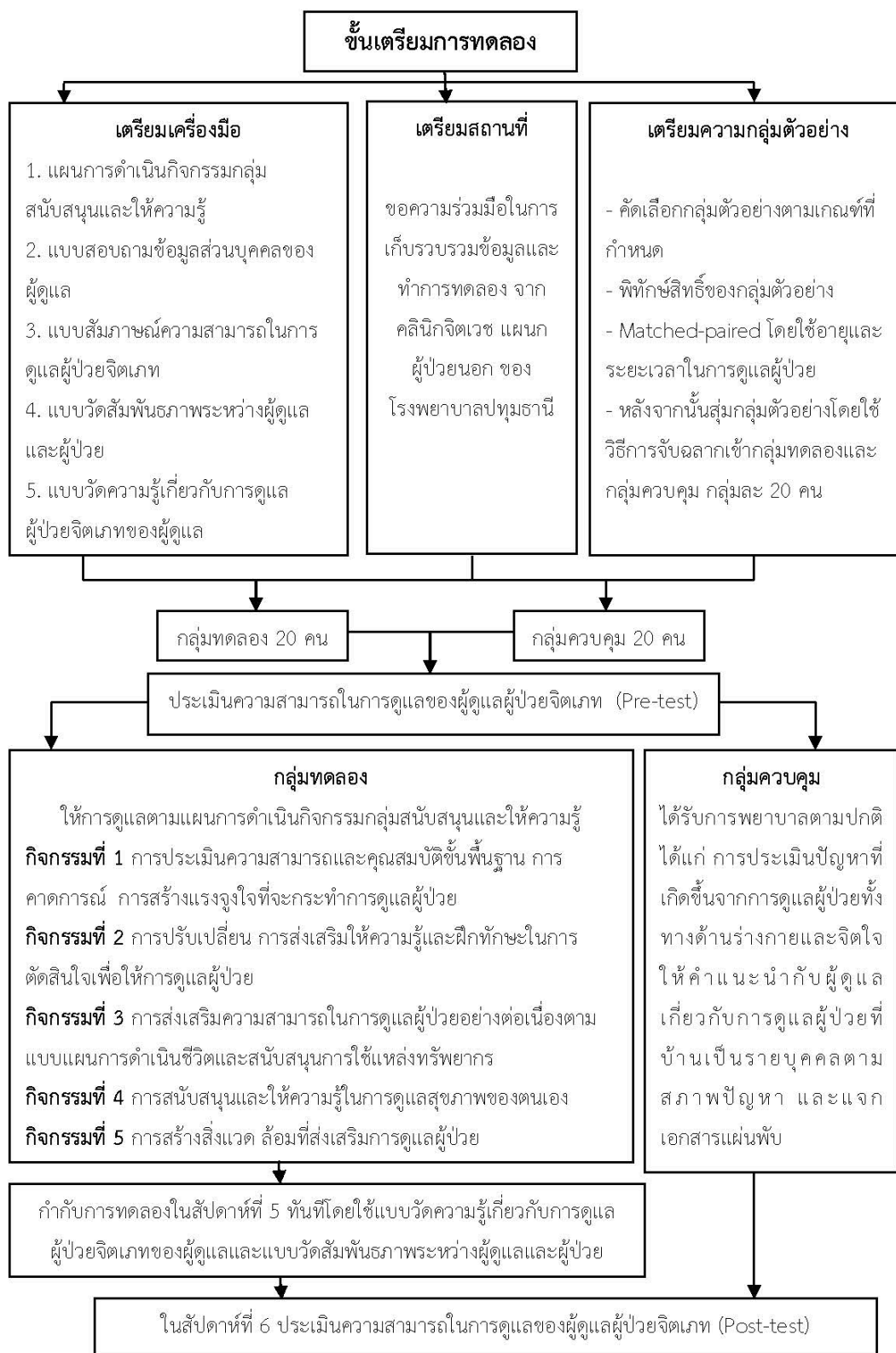
3. ระยะเวลารวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 6 ใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินแล้วจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพที่ 3 แผนภูมิสรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้ง คือ ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD -10 ที่มาพบแพทย์หรือมารับยาแทนผู้ป่วยในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานีจังหวัดปทุมธานี จำนวน 40 คน ผู้วิจัยมีการจับคู่ (Matched-pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย อายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะส่งผลกระทบต่อผลของการวิจัย หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน ผู้วิจัยมีการวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะแสดงในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยาย โดยผู้วิจัยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

- ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ตอนที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้
- ตอนที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพการมีโรคประจำตัว และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (n=40)

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	6	30	7	35	13	32
หญิง	14	70	13	65	27	67.5
อายุ						
31-40 ปี	2	10	2	10	4	10
41-50 ปี	7	35	7	35	14	35
51-60 ปี	6	30	6	30	12	30
60 ปีขึ้นไป	5	25	5	25	10	25
สถานภาพสมรส						
โสด	4	20	3	15	7	17.5
คู่/สมรส	10	50	12	60	22	55
หม้าย	5	25	2	10	7	17.5
แยกกันอยู่	1	5	2	10	3	7.5
หย่าร้าง	0	0	1	5	1	2.5
ระดับการศึกษา						
ประถม	8	40	13	65	21	52.5
มัธยม	5	25	5	25	10	25
อนุปริญญา	4	20	0	0	4	10
ปริญญาตรี	3	15	2	10	5	12.5

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	5	5	25	6	15
เกษตรกร	1	5	1	5	2	5
ค้าขาย	10	50	7	35	17	42.5
ข้าราชการ	2	10	0	0	2	5
รัฐวิสาหกิจ	1	5	2	10	3	7.5
รับจ้าง	5	25	5	25	10	25
ระยะเวลาในการ ดูแลผู้ป่วย						
1-5 ปี	5	25	7	35	12	30
6-10 ปี	9	45	7	35	16	40
11-20 ปี	6	30	5	25	11	27.5
21-30 ปี	0	0	1	5	1	2.5
ภาวะสุขภาพการมี โรคประจำตัว						
มี	12	60	14	70	26	65
ไม่มี	8	40	6	30	14	35
ความสัมพันธ์กับ ผู้ป่วย						
บิดา/มารดา	9	45	7	35	16	40
สามี/ภรรยา	3	15	4	20	7	17.5
พี่/น้อง	6	30	6	30	12	30
บุตร	1	5	2	10	3	7.5
ลูกสะใภ้	1	5	1	5	2	5

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นจำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพการมีโรคประจำตัว และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.5 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 และมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 55 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 52.5 ประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 42.5 และผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน 6-10 ปี โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 65 และผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ บิดามารดาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 40

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย	\bar{X}	SD	ระดับ	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	65.50	10.56	ปานกลาง	9.74	19	.000
หลังการทดลอง	85.35	6.76	สูง			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	67.60	12.91	ปานกลาง	3.73	19	.001
หลังการทดลอง	70.65	11.93	ปานกลาง			

จากตารางที่ 7 พบว่าภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.019$) โดยหลังการเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้เท่ากับ 85.35 และ 65.50 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าหลังได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 70.65 และ 67.60 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังให้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย	\bar{X}	SD	ระดับ	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	65.50	10.56	ปานกลาง	.563	38	.288
กลุ่มควบคุม	67.60	12.94	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	85.35	6.76	สูง	4.791	38	.000
กลุ่มควบคุม	70.65	11.93	ปานกลาง			

จากตารางที่ 8 ก่อนการทดลองให้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ 65.50 และ 67.60 ตามลำดับ โดยจัดอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม และหลังการทดลองให้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$) โดยในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าในกลุ่มควบคุม คือ 85.35 และ 70.65 ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้ง คือ ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 ที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD -10 ที่มาพบแพทย์หรือมารับยาแทนผู้ป่วยในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิงมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย ได้แก่ บิดามารดา สามีภรรยา บุตร พี่น้อง เขย สะใภ้ เพียงคนใดคนหนึ่งที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท และเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่างร้อยละ 50-80 คือ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิต (BPRS) \leq 30

คะแนน คือ มีอาการทางจิตอยู่ในระดับอาการทุเลา (Overall and Gorham, 1962) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Orem (2001) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์โครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 3 ระดับคือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการได้แก่ การคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติ 2) พลังความสามารถ 10 ประการ และ 3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ร่วมกับใช้รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม

กิจกรรมที่ 1 การประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน การคาดการณ์ การสร้างแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย (สัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลา 90 นาที เน้นการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัด ให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความคาดหวังหรือความต้องการที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และให้ผู้ดูแลประเมินความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของตนเอง รวมทั้งให้ผู้ดูแลได้วิเคราะห์ปัจจัยที่ขัดขวางความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 การปรับเปลี่ยน การส่งเสริมให้ความรู้และฝึกทักษะในการตัดสินใจเพื่อการดูแลผู้ป่วย (สัปดาห์ที่ 2) ใช้เวลา 90 นาที ให้ข้อมูลความรู้ที่จำเป็นและเป็นปัจจุบันเพิ่มเติมกับผู้ดูแลเรื่องโรคจิตเภท ได้แก่ สาเหตุ อาการ และการรักษา ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยา รักษาโรคจิตพร้อมกับวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะฝึกทักษะการเรื่องการจัดยาและฝึกทักษะในการตัดสินใจโดยผู้วิจัยจะมีการยกตัวอย่างสถานการณ์ของผู้ป่วย จิตเภทที่เกิดอาการข้างเคียงจากยาในรูปแบบต่างๆ

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแบบแผนการดำเนินชีวิตและสนับสนุนการใช้แหล่งทรัพยากร (สัปดาห์ที่ 3) ใช้เวลา 90 นาที ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่พบในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยนอนไม่หลับ ผู้ป่วยหงุดหงิดโมโหร้าย ก้าวร้าว ผู้ป่วยเกียจคร้านไม่สนใจทำงาน ผู้ป่วยนอนหลับหรือดูโทรทัศน์ทั้งวัน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลกๆ ผู้ป่วยดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เป็นต้น และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้แก่

การสังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบ การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันอาการกำเริบ การใช้แหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนต่างๆ

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง (สัปดาห์ที่ 4) ใช้เวลา 90 นาที ให้ข้อมูลความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกได้ทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองและให้ข้อมูลความรู้เรื่องความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดเพิ่มเติม สอนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การฝึกการหายใจ นวดคลายเครียด การใช้จินตนาการ

กิจกรรมที่ 5 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย (สัปดาห์ที่ 5) ใช้เวลา 90 นาที แบ่งสมาชิกออกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่มๆละ 5 คน การดำเนินกิจกรรมจะใช้ใบงานซึ่งจะมีสถานการณ์จำลอง 1 เรื่อง แล้วแจกใบงานให้ผู้ดูแลกลุ่มละ 1 ใบ หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์จำลองที่ได้รับโดยให้ตอบคำถามตามที่กำหนด และให้สมาชิกเขียนลงในกระดาษฟลิปชาร์ต พร้อมกับส่งตัวแทนออกมานำเสนอกกลุ่มละ 1-2 คน หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการสื่อสารตามสถานการณ์ต่างๆที่ได้รับ พร้อมกับเปิดโอกาสให้สมาชิกที่สมัครใจเล่าประสบการณ์จริงจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาเอง ซึ่งข้อคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การมีโรคประจำตัว และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.2 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ที่สร้างตามแนวคิดของ Ever et al. (1985) และนำมาพัฒนาโดย แก้วตา มีศรี (2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ โดยมีข้อคำถามด้านบวก 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา สอดคล้องระหว่างคำถามกับค่านิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรพบว่าได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .86

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างคนละกลุ่มกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2555) ผลจากการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ .88

3. เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติตามแนวคิดของ Lefley (1987) มาพัฒนาโดย แก้วตา มีศรี (2554) ข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 26 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 16 ข้อและคำถามเชิงลบ 10 ข้อ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหาพบว่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้เท่ากับ .96

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างคนละกลุ่มกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2555) ผลจากการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ .85

3.2 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ แปลงมาจากแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้รับการดูแลของ Stewart and Archbold (1996) โดยคมสัน แก้วระยะ (2542) และนำมาพัฒนาโดย แก้วตา มีศรี (2554) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อครอบคลุม 2 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย มีข้อคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-9 2) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-20 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหาพบว่าได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .95

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างคนละกลุ่มกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2555) ผลจากการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ .89

ขั้นตอนการทดลอง

สำหรับการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้มีการจำแนกออกเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในด้านความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ รูปแบบการให้การพยาบาลแบบรายกลุ่ม ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมด้วยการฝึกประสบการณ์ในการทำกลุ่มที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นระยะเวลา 1 เดือนร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนด้วยเป็นระยะเวลา 1 เดือน เพื่อให้เกิดความชำนาญและมีความพร้อมอย่างเต็มที่ก่อนการปฏิบัติจริง

1.2 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาเครื่องมือและผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาจนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีความสมบูรณ์

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลปทุมธานี เพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

1.4 หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลปทุมธานีในวันที่ 19 พฤศจิกายน 2558 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานใน

การเข้าพบผู้อำนวยการของโรงพยาบาลปทุมธานีเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยทั้งหมดมาเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานคลินิกจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมกับประสานงานขอใช้สถานที่ในการดำเนินการทดลองและขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ระหว่างเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

1.6 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มขณะทำกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติคือเป็นพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้โดยละเอียดเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและไม่เกิดความผิดพลาดขณะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.7 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโดยคัดเลือกประวัติผู้ป่วยจิตเภทที่มาพร้อมรับบริการที่คลินิกพร้อมกับผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มีญาติมารับยาแทน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เบื้องต้น

1.8 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปทุมธานี ซึ่งผู้วิจัยจะทำการประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล และสำหรับผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เพื่อประเมินว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง หากทำการประเมินแล้วพบว่ามีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ดูแลสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกตามขั้นตอนดังกล่าวจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดไว้คือ 40 ราย

1.9 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้วยการจับคู่ (Matched-pair) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้อายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

2.1.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการพยาบาลที่จะได้รับจากพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช ได้แก่ การประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหา และแจกเอกสารแผ่นพับ

2.2 การดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre -test) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2.2 หลังจากทำแบบประเมินแล้ว ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน พร้อมกับอธิบายรายละเอียดของกิจกรรมตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ โดยดำเนินกิจกรรม ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี ครั้งละ 90 นาทีจนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ มีการนัดหมายวัน เวลา ตามรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

2.2.3 ภายหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับ การทดลองทันที โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลและแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

3. ระยะรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 6 ใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินแล้วจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)

3. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) ซึ่งคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ อยู่ในระดับสูง (Mean=85.35, SD=6.76) ส่วนคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=65.50, SD=10.56) (ตารางที่ 7)

2. คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) ซึ่งคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง (Mean=85.35, SD=6.76) ส่วนคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=70.65, SD=11.93) (ตารางที่ 8)

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า การได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้จะช่วยให้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจากที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

การศึกษาในครั้งนี้อธิบายได้ว่ารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของ Orem (2001) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดการพัฒนาศติปัญญา ความนึกคิด ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดีขึ้น การที่ได้

เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้จะทำให้ผู้ดูแลได้รับการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมจากพยาบาล ซึ่งมีประโยชน์ในการพัฒนาด้านทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ จากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ได้ใช้ความคิดในการแก้ไขปัญหาช่วยทำให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น (อาภา จันทรสกุล, 2554) มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ตนกำลังประสบปัญหาอยู่ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกและนำไปสู่การปฏิบัติได้ (Manidipa, 2001) ทั้งนี้นอกจากผู้ดูแลจะได้รับการสอนและให้ความรู้จากพยาบาล ซึ่งเป็นวิธีการที่จะพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการแก้ไขปัญหาแล้ว การให้กำลังใจและการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ มีบรรยากาศที่เป็นกันเองและอบอุ่น สนับสนุนให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเล่าประสบการณ์ของตนเองและระบายความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากการรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะยิ่งทำให้ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจกัน ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวกับสภาพปัญหาของตนเอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไปในทางที่ดีขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพต่อไป (Corey and Corey , 2006; สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่คุณสมบัติและมีปัญหาคล้ายคลึงกัน ซึ่งผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยมีการเชื่อมโยงความคิด คำพูดของสมาชิก กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทดลองลงมือฝึกปฏิบัติ และสนับสนุนชี้แนะความคิดเห็นที่มีประโยชน์ต่อสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งกระบวนการดังกล่าวนี้ทำให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้ที่ตรงกับปัญหาและความต้องการจนการลงมือฝึกปฏิบัติจริงก็ส่งผลให้เกิดการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น และยังได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในกลุ่มทำให้รับรู้ได้ว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาอยู่เพียงลำพังแต่ปัญหาดังกล่าวก็เกิดขึ้นกับสมาชิกคนอื่นๆด้วยเช่นกัน นอกจากนี้การใช้กลุ่มยังมีประโยชน์ในการช่วยกันหาแนวทางแก้ปัญหาและสรุปเพื่อเป็นแนวทางให้สมาชิกสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Redman (1993) ที่กล่าวว่าการเรียนรู้โดยใช้กลุ่ม มีการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์จะช่วยให้คุณบรรลุผลตามจุดมุ่งหมาย ส่งผลให้เกิดการพัฒนาทักษะ ความรู้ ความคิด ความเข้าใจ และทัศนคติ ดังนั้นเมื่อสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจที่ดีก็จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ดีส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นตามมา

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการให้ความรู้กับผู้ดูแลในเรื่องโรคจิตเภท ได้แก่ สาเหตุ อาการ และการรักษา ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยารักษาโรคจิตพร้อมกับวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม โดยครอบคลุมในเรื่อง การดูแลสุขภาพร่างกายโดยทั่วไปและการทำจิตใจให้ผ่อนคลายตามแผนการสอนด้วยวิธีการ

บรรยาย ให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆหลังการบรรยายร่วมกับใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ค่อยๆทำความเข้าใจและได้นำกลับไปทบทวนเองที่บ้าน ทั้งนี้ผู้ดูแลจะได้มีการฝึกทักษะในการจัดยา การสื่อสาร การตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสถานการณ์ต่างๆ และฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดซึ่งผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดจะเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มเติมความรู้ ดังผลการวัดความรู้ภายหลังสิ้นสุดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 80 คือมีความรู้อยู่ในระดับสูงทั้งหมด อีกทั้งคะแนนของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต (2548) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ภายใน 1 ปีและอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Kaur et al. (2009) ศึกษาผลของการสนับสนุนความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยใช้พื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดทั้งหมด 523 ราย โดยเป็นกลุ่มทดลอง 260 รายซึ่งได้รับการสนับสนุนความรู้โดยใช้คู่มือการดูแลตนเอง (Self-care manual) และเป็นกลุ่มควบคุม 263 ราย ซึ่งไม่ได้รับการสอนที่เฉพาะเจาะจง หลังจากการสัมภาษณ์ในครั้งแรกจะติดตามดูอาการของผู้ป่วยทุกรายดำเนินการที่ 2 สัปดาห์ 6 เดือน และ 1 ปี การประเมินผลใช้สถิติพารามิเตอร์ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสนับสนุนความรู้สูงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนความรู้และพบว่าสูงมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ยังพบว่าอาการกำเริบรุนแรง การเข้ามาพบแพทย์ฉุกเฉิน จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล การขาดเรียนและการขาดงาน ลดลงจากการติดตามในระยะเวลา 1 ปี โดยในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่า ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย สำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับผลการศึกษานำร่องใน 5 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เปรียบเทียบญาติผู้ป่วยจิตเภทที่มีญาติได้เข้าร่วมกลุ่ม สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) 54 คน โดยดูการกำเริบและการเข้าอยู่โรงพยาบาลในช่วง 1 ปี ก่อนกับ 1 ปี หลังจากที่มีญาติได้เข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแล้วพบว่า ผู้ป่วยที่มีญาติเข้าร่วมกลุ่มดังกล่าวผู้ป่วยมีอัตราการกำเริบเพียง 16.67 ขณะที่เมื่อหนึ่งปีก่อนญาติจะเข้าร่วมโครงการนั้นมีอัตราการกำเริบสูงถึงร้อยละ 48.44 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยไม่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกเลย

หรือหากต้องรับไว้รักษาซ้ำก็จะมีจำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาลลดลงกว่าครั้งก่อน (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

3. จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้เป็นรูปแบบกิจกรรมที่เน้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งแตกต่างจากการพยาบาลตามปกติที่จะเน้นให้ความรู้แบบรายบุคคล โดยพยาบาลจะทำการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล พร้อมกับให้คำแนะนำร่วมกับให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหาและแจกเอกสารแผ่นพับให้ สำหรับการให้ความรู้แบบทั่วไปกับผู้ดูแลดังกล่าวอาจไม่ตรงกับปัญหาและความต้องการในขณะนั้น ทำให้ผลของการให้ความรู้ไม่เป็นที่น่าพึงพอใจและไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทั้งนี้การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลนั้นผู้ดูแลอาจจะไม่ได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากรและแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือแม้กระทั่งมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้มาจากประสบการณ์จริงจากสมาชิกท่านอื่นๆ เนื่องจากข้อจำกัดในด้านเวลาในการให้บริการ ภาระหน้าที่ของพยาบาล นอกจากนี้การสอนตามปกติและการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลต้องทำในช่วงเวลาที่ทางโรงพยาบาลกำหนดไว้แต่ช่วงเวลาในขณะนั้นผู้ดูแลอาจอยู่ในสภาพที่ยังไม่พร้อมที่จะเรียนรู้ เนื่องจากจิตใจจดจ่ออยู่กับการทำกิจกรรมอื่น เช่น รอคิวรับยา รอพบบแพทย์ เป็นต้น ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นล้วนส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ของผู้ดูแลและทำให้การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้โดยพบว่า ในกลุ่มทดลองหลังจากเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้เท่ากับ 85.35 และ 65.50 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่าหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 70.65 และ 67.60 ตามลำดับ จากผลการทดลองจะเห็นว่าการพยาบาลตามปกติ ด้วยวิธีการให้ความรู้โดยทั่วไปและการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลนั้นส่งผลให้มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นน้อยกว่าการเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ดังนั้นการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า ช่วยประหยัดเวลาในการทำงานและยังช่วยลดภาระงานของพยาบาลลงได้ รวมถึงช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากการบริการเพิ่ม

มากขึ้นอีกด้วย จากผลการทดลองพบว่าในแต่ละกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่มมากขึ้นซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน การคาดการณ์ การสร้างแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย ในกิจกรรมนี้เน้นที่การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) และมีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย จากกิจกรรมนี้ผู้ดูแลมีการแนะนำตัวเอง เริ่มมีการพูดคุยทักทายกัน ผู้ดูแลบางท่านเริ่มมีสีหน้ายิ้มแย้ม บางท่านก้มหน้าไม่ค่อยสบตา เริ่มกล้าพูด แสดงความคิดเห็นสั้นๆ ส่วนกิจกรรมการประเมินความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ดูแลขาดส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดลำดับความสำคัญและแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆได้เพราะต้องทำงานควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยด้วย ส่วนในด้านความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่คือ รู้สึกสงสารและเห็นใจที่ต้องมาป่วยแบบนี้ และคาดหวังให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้ในอนาคต เมื่อผู้ดูแลได้พิจารณาถึงปัจจัยที่ขัดขวางความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านก็พบว่ายังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า “ป้าก็ไม่รู้ว่าอยู่ที่ไหนเป็นโรคนี้ได้ยังไง ตอนเด็กๆเขาเป็นคนเรียนเก่งจะตายไม่รู้โดนของอะไรรีเปล่า” รวมถึงยังขาดทักษะในการสื่อสารและจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ดังตัวอย่างคำพูดว่า “บางทีก็ไม่รู้จะพูดกับเขายังไงเขาก็ดูทีวีเปิดวิทยุทั้งวัน งานการก็ไม่ทำ พูดมากเดี๋ยวก็โมโห ตะโกนเสียงดังเราก็กลัวจะมาทำร้ายเรา” “บางทีก็ไม่รู้จะทำยังไงดีอาการกำเริบทุกปีแหละปีละครั้งที่เป็นหนักๆ” ซึ่งในระหว่างที่ทำไปกิจกรรมต่างๆสมาชิกทุกคนก็มีความตั้งใจในการเขียนและเริ่มกล้าพูดคุยเปิดเผยเรื่องของตนให้กับสมาชิกท่านอื่นได้ฟัง

กิจกรรมที่ 2 การปรับเปลี่ยน การส่งเสริมให้ความรู้และฝึกทักษะในการตัดสินใจเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่มุ่งให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการปรับเปลี่ยน (Transitional) ส่งเสริมให้มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ รวมถึงมีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ โดยการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและยาที่จำเป็นอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับผู้ดูแล ในครั้งนี้ผู้ดูแลเริ่มมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสพูดคุยทักทายกันและทักทายพยาบาล ขณะให้ความรู้ผู้ดูแลตั้งใจมากและมีการจดบันทึก ในช่วงแรกจะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้เดิมเกี่ยวกับโรคจิตเภท ผู้ดูแลบางท่านคิดว่าเกิดจากไสยศาสตร์เช่น โดนของ “เนี่ยนะพอไปปรับขนาก็เริ่มพูดคนเดียวจนกลายเป็นบ้ามาถึงทุกวันนี้แหละ” ผู้ดูแลบางท่านก็เชื่อว่าเกิดจากอุบัติเหตุกระแทกที่ศีรษะพอฟื้นมาก็เลยมีอาการผิดปกติ หรือเป็นกรรมพันธุ์ หลังจากที่ผู้ดูแลให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทผู้ดูแลก็มีความเข้าใจมากขึ้น ดังคำพูดว่า “จริงๆแล้วบางอย่างเราก็ไม่เคยรู้มาก่อนเลยพอเรามาเรียนก็ทีนี้จะได้เข้าใจคนไข้มากขึ้นด้วย” มีการเล่าถึงสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทจาก

ผู้ดูแลแต่ละรายเพื่อเปรียบเทียบกับทฤษฎี ผู้ดูแลบอกว่า “ ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเยอะเลยและอาการกับสาเหตุของแต่ละคนก็ไม่เหมือนกันเลยนะ ” หลังจากนั้นได้พูดคุยและให้ความรู้เกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิตพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะให้ผู้ป่วยจัดยาและกินยาเอง ไม่ได้ดูแลเรื่องยาให้กับผู้ป่วยมีเพียง 1-2 ท่านที่คอยจัดยาให้ผู้ป่วยทานเองทุกมื้อ และปัญหาที่พบได้หลังจากได้รับประทานยาคือ ง่วง ซึม ปากแห้งคอแห้ง มือสั่น เป็นต้น เมื่อพบปัญหาดังกล่าวสมาชิกในกลุ่มก็ช่วยกันเสนอแนวทางการแก้ปัญหาด้วยวิธีการต่างๆ ต่อจากนั้นผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการตัดสินใจตามสถานการณ์เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยา พบว่า ผู้ดูแลให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ยกตัวอย่างเช่น “ ถ้ากินยาแล้วง่วงก็ต้องระวังอุบัติเหตุ ไม่ให้ขับรถ ทำงานที่สูงๆ ทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร ” เป็นต้น และการลงมือฝึกปฏิบัติจริงในการจัดยาด้วยตนเองนั้นผู้ดูแลสามารถจัดยาได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแบบแผนการดำเนินชีวิตและสนับสนุนการใช้แหล่งทรัพยากร ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านพร้อมกับวิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าว แล้วผู้วิจัยสรุปประเด็นให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การสังเกตอาการเตือนและการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆ รวมถึงการบันทึกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในทุกกิจกรรม มีความกระตือรือร้น มีการซักถามในประเด็นที่สงสัยและมีการแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกในกลุ่ม สำหรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่พบบ่อยคือ ไม่ยอมทำงาน นอนหรือฟังวิทยุ ดูทีวีตลอดทั้งวัน ผู้ดูแลจึงช่วยกันเสนอแนวทางแก้ไขต่างๆ เช่น มอบหมายงานให้ทำ พักงานบ้านง่ายๆ กระตุ้นบ่อยๆหรือชวนมาทำด้วยกันเลย สำหรับการสังเกตอาการเตือนหลังได้รับความรู้แล้วสมาชิกสามารถบอกได้ว่าอาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบมีอะไรบ้างได้อย่างถูกต้อง ในเรื่องการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม สมาชิกที่มีประสบการณ์ในการขอความช่วยเหลือได้เล่าประสบการณ์และแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ตนเองขอความช่วยเหลือให้กับสมาชิกท่านอื่นๆฟัง ดังคำพูดว่า “ เวลาผู้ป่วยมีอาการกำเริบเราสามารถเรียกรถฉุกเฉินโดยใช้บริการเบอร์ 1669 ได้เพราะเคยโทรให้เขามาช่วยบ่อยๆหรือโทรไปขอความช่วยเหลือจาก อบต. ใกล้บ้านเราก็ได้ เขายินดีช่วยเหลือเวลาเกิดปัญหา ”

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของของตนเองที่ผ่านมาในขณะที่ต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทควบคู่ไปด้วย ผู้วิจัยสรุปประเด็นและให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง ต่อจากนั้นให้สมาชิกทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย วิธีการจัดการกับความเครียดนั้นและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำวิธีนั้นไปปฏิบัติ แล้วผู้วิจัยสรุปประเด็นให้ข้อมูลความรู้เรื่องความเครียด และ

วิธีการจัดการกับความเครียดเพิ่มเติม รวมถึงสอนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆ ต่อจากนั้นผู้วิจัยจะทบทวนถึงการบ้านที่ได้มอบหมายไว้ในสัปดาห์ที่ 3 โดยนำประเด็นที่มีประโยชน์ มาสนทนาเพิ่มเติม ชี้แนะในสิ่งที่สมาชิกให้ความสนใจ เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์เมื่อต้องประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกันในชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลให้ความร่วมมือแสดงความคิดเห็น ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมทั้งทำแบบประเมินความเครียดผู้ดูแลมีความสนใจอยากรู้ว่าตนเองมีความเครียดระดับใดจะได้หาแนวทางแก้ไข ซึ่งปัญหาทางด้านความเครียดสามารถแสดงอาการออกได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยสมาชิกกล่าวว่า “นอนไม่ค่อยหลับ ตื่นบ่อย กังวลใจ ปวดหัวและปวดท้ายทอยบ่อยๆ” เมื่อสอนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดสมาชิกก็ตั้งใจเรียนรู้สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องโดยสลับกันนวดคลายเครียดโดยบอกว่า “รู้สึกดีมากเลยสบาย โล่งตัวเบาดี เวลาอยู่ที่บ้านจะได้เอาเทคนิคที่สอนไปใช้บ้าง”

กิจกรรมที่ 5 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย เป็นการจัดการประสบการณ์การเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเลือกสถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงที่ผู้ดูแลอาจประสบหรือพบได้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาประยุกต์ใช้ โดยใช้ใบงานสถานการณ์จำลองให้สมาชิกช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์ตามที่กำหนดให้ และให้ฝึกทักษะการสื่อสารตามสถานการณ์ต่างๆที่ได้รับ ซึ่งการให้สถานการณ์จำลองและข้อมูลที่เสมือนกับชีวิตจริง จะทำให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการตัดสินใจ ผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์สถานการณ์และตอบคำถามที่กำหนดให้ได้อย่างถูกต้อง จากการสังเกตสมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ได้โดยนำความรู้ที่ได้รับมาช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์ในใบงานและตอบคำถามตามที่กำหนดไว้ได้อย่างถูกต้อง มีความกล้าแสดงออกในการออกมานำเสนอผลงานของกลุ่มตนเองเป็นอย่างดี สำหรับการฝึกทักษะการสื่อสารพบว่า สมาชิกสามารถสื่อสารได้ดีโดยประเมินจากการการแสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์ที่ตนเองได้รับ

สำหรับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ทำให้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น เพราะนอกจากกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิต การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การป้องกันอาการกำเริบ การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนต่างๆ และการดูแลสุขภาพของตนเองแล้วนั้น กลุ่มทดลองยังได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาที่พบจากการดูแลซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มทำให้ผู้ดูแลรับรู้ได้ว่ายังมีคนที่มีปัญหาเหมือนกันกับตนเองอยู่จึงเกิดการยอมรับกับปัญหาเหล่านั้นได้มากขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไปในทางที่ดีต่อการเข้ามารับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การระดมความคิดเห็นภายในกลุ่มจะทำให้มีทางเลือกในการแก้ปัญหาเหล่านั้นเพิ่มมากขึ้นด้วย การที่ผู้ดูแลได้รับกำลังใจและการสนับสนุนแนวทางในการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีเจตคติที่ดีต่อการ

เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้สามารถรับมือและเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เข้ามาได้ดีขึ้นส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยนั้นมีประสิทธิภาพตามมา

หลังจากการพูดคุยสอบถามความรู้สึกของผู้ดูแลหลังจากได้เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แล้วพบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลได้รับความรู้ที่ตรงกับความ ต้องการ เกิดความมั่นใจมากขึ้นและมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รู้สึกมีกำลังใจ มีเพื่อนสมาชิกที่ใจความรู้สึกของตนเอง รู้สึกดีขึ้นเมื่อได้รับรู้ว่าตนเองไม่ได้กำลังเผชิญปัญหา อยู่เพียงลำพังทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น ดังนั้นคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ตามแนวคิดของOrem (2001) นี้เสนอว่าเป็นรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับบุคคลที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ แต่อาจจะขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นบางประการจนไม่สามารถพิจารณาตัดสินใจเพื่อกระทำการดูแลตนเองได้ สำหรับการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมักมีความบกพร่องในการดูแลตนเองหลายด้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเข้ามา มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยขณะดำรงชีวิตที่บ้าน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยว่าผู้ดูแลมีความสามารถเพียงพอหรือไม่ในการที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย หากพบว่าผู้ดูแลมีความสามารถไม่เพียงพอ พยาบาลต้องเข้ามา มีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแล ซึ่งระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้จัดว่ามีความเหมาะสม เนื่องจากผู้ดูแลจะได้รับการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อมจากพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลได้พัฒนาทั้งความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้นั้น พยาบาลควรมีพื้นฐานความรู้ในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้ในด้านการให้คำปรึกษา รวมถึงมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท การใช้ยารักษาอาการทางจิตและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา และยังคงต้องมีทักษะในการประสานงานกับผู้ดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

1.2 เจ้าหน้าที่ในทีมบุคลากรทางสุขภาพ เช่น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน ควรนำกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้ในการจัดกิจกรรมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดการพัฒนาในด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดสัมพันธภาพอันดีระหว่างสมาชิก ช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทได้

1.3 พยาบาลสามารถนำกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตหรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆได้ โดยสามารถปรับรูปแบบกิจกรรม เพิ่มเติมเนื้อหาให้ครอบคลุมกับสภาพปัญหาที่พบในแต่ละพื้นที่ หรือปรับระยะเวลาให้เหมาะสมกับความต้องการ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความพึงใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้มีการศึกษาอบรมสำหรับพยาบาลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยให้ความรู้จำเป็นและมีความเป็นปัจจุบัน เพื่อเพิ่มศักยภาพของพยาบาลและทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพ

2.2 ควรมีการติดตามผลหลังการให้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้อย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยมีการติดตามทางโทรศัพท์หรือการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้งและเป็นการกระตุ้นเตือนให้สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาแบบระยะยาว (Longitudinal Study) มีการติดตามประเมินผลในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน หลังการทดลองโดยดู Growth Curve เพื่อประเมินความยั่งยืนของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ควรมีการนำกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆในกลุ่มโรคทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ดูแลได้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการนำกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้กับผู้ดูแลโดยมีการจัดกิจกรรมกลุ่มให้กับผู้ดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

4. ควรนำกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ไปบูรณาการหรือพัฒนาร่วมกับศาสตร์อื่นๆเพื่อจัดบริการสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ ที่ทำให้ผู้ดูแลหรือผู้ที่สนใจสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น ได้แก่ การทำแผ่นพับเผยแพร่ในระบบเครือข่าย (network) การใช้ระบบ E-learning หรือ Mobile Learning เป็นต้น



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กาญจนา มยุระสุวรรณ. (2552). **ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสปีทต่อความวิตกกังวลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แก้วตา มีศรี. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิษฐา หะยีมะแซ, ภาสุรี แสงศุภวานิช และ อุทัย ปริญญาสุทินนท์. (2556). การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการใน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ใน การประชุมมหาดไทยวิชาการ ครั้งที่ 4, หน้า 118-127. 10 พฤษภาคม ณ มหาดใหญ่.
- คมสัน แก้วระยยะ. (2542). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินงานชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ และความเครียดในภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จตุพร ทองสัมฤทธิ์. (2554). **ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา จักรปิง. (2552). **ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลโรงพยาบาลน่าน**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาบริหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐกฤตา ทุมวงศ์. (2553). ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 3(1): 34-44.

- เตือนใจ ภักดีพรหม. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธวัชชัย ลิพหานาจ. (2552). ลักษณะการดำเนินโรค. ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, **ตำราโรคจิตเภท**, หน้า 39-50. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ธีระ สีสานันทกิจ. (2552). การรักษาทางจิตสังคม. ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, **ตำราโรคจิตเภท**, หน้า 253-270. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และคณะ. (2552). **ประสิทธิภาพของการทำครอบครัวบำบัดแนวทฤษฎี Satir สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท**. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการสนับสนุนทุนวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นฤยา ภักตรเจริญ. (2545). **ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่เป็นวัณโรคปอด**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นมิตา ล. สกุล. (2544). **ภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. (2548). **ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เบ็ญจมาศ พงศ์กานนท์ และคณะ. (2554). **การสำรวจระดับความพึงพอใจสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า(โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร)**. สำนักเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต: นนทบุรี.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. (2555). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. (2558). **จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ สรีสถิตนรากร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ สรีสถิตนรากร. (2555). **การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการ วัดเชิงจิตวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุบผา ธนิกกุล. (2254). **ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการการ ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ คงเสื่อ. (2556). **ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อ พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาล ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปริศนา จิระชีวี. (2551). **ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัด และพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัด ต้อกระจกในผู้ป่วยนอก**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการ พยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีมกมล แก้วช่วย. (2550). **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการ ดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กวัยเตาะแตะโรคปอดอักเสบ**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- พนม เกตุมาน. (2550). **คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน [ออนไลน์]**. แหล่งที่มา: http://www.psyclin.co.th/new_page_15.htm[2013, December,8]
- พร้อมพรรณ สัชชานนท์. (2554). **ผลของการใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนในระบบการ พยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พิเชษฐ อุดมรัตน์. (2547). การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของ **ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนนานนท์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท**. พิมพ์ครั้งที่1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- มนัสสิน เจาะโนะ. (2555). **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดภาวะโลหิตจางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การผดุงครรภ์ขั้นสูง มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มัลลิกา จันทร์เพ็ญ. (2557). **ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุรัชชา ปรีชา และ พิเชษฐ อุดมรัตน์. (2552). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค. ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนนานนท์, **ตำราโรคจิตเภท**, หน้า 39-50. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วาสนา ปานดอก. (2545). **กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันทนีย์ ดวงแก้ว. (2554). **ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). **โครงการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว**. กรุงเทพฯ: ร้านเจปรีน.
- ศิริกาญจนา เอกสิริไตรรัตน์. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถของมารดาในการ ดูแลบุตรโรคหอบหืด**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตสาธารณสุขศาสตร์. สาขาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2546). **แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม**. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. 13(5): 1-11.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). **การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี เจ พรินติ้ง.

- สมถวิล ศิริเรือง. (2551). ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลเด็กและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ใช้ระยะยาว. **รามาริบัติพยาบาลสาร**. 14(3): 279-288.
- สมบัติ รียาพันธ์. (2552). การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด: แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลจิตเวช. **วารสารกองการพยาบาล**. 36(2): 68-76.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). **จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สรุद्धิ เกษมสุข. (2551). ความแตกต่างระหว่างคำรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจกับสิทธิอื่นในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. **วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา**. 2(2): 22-35.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2555). **รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต**. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สายฝน เอกวางกูร. (2558). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 2**. พิมพ์ครั้งที่ 1. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ : โรงพิมพ์พิมพ์พันธ์ตั้ง.
- สุขภาพจิต, กรม. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. (2550). **ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท**. นนทบุรี.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2556). **รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต**. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุจริต เพียรชอบ. (2531). **การพัฒนาการสอนภาษาไทย**. กรุงเทพมหานคร: โครงการพัฒนาการเรียนการสอนร่วมกับโครงการตำราและเอกสารทางวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชาดา เวชกรุณา. (2556). **ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ แสงดาว. (2554). **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา นวลเจริญ. (2553). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์หลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุภาพร หมกรอด. (2551). **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาและการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รัชนี พจนา. (2544). **ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล ครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชนี พจนา, จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย, มณฑิรา เขียวยิ่ง และ วรณชนก จันทร์ชุม. (2545). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์. **วารสารคณะพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 25(2-3): 20-26.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ละเอียด ปานนาค และ สิริินภา จาติเสถียร. (2555). การพัฒนาโปรแกรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลด้านการจัดการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 26(1): 16-29.
- วาสนา ปานดอก. (2545). **กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิสาข์ วัชรศิริบรรลือ และ ศุภร วงศ์ทัญญู. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน **การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 23**, หน้า 449-456. ณ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.
- เวทีนิ สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญ และ เปรมฤทัย ศรีจันทน์. (2544). ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อาภา จันทรสกุล. (2550). **ทฤษฎีและการให้คำปรึกษาในโรงเรียน**. พิมพ์ครั้งที่ 13.

กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทร และ วาริรัตน์ ถาน้อย. (2557).

การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: สายธุรกิจการพิมพ์ บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์
พลับ ลิขซึ่ง จำกัดมหาชน.

อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการ**

ดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิต

วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อำนาจ รัตนวิสัย และ พิเชฐ อุดมรัตน์. (2552). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์

และ สรยุทธ วาสิกนันนท์, **ตำราโรคจิตเภท**, หน้า 39-50. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. (2000). **Diagnosis and Statistical Manual of
Mental Disorder**. 4th ed. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric
Association.

Bae, S. M., Lee, S.H., Park, Y.M., Hyun, M. H., and Yoon, H. (2010). Predictive Factor of
Social Functioning in Patients with Schizophrenia:Exploration for the Best
Combination of Variables Using Data Mining. **Korean Neuropsychiatric
Association**. 93-101.

Berkman, L. F. and Glass, T. (2000). Social integration, social network, and health. In
L. F., Berkman and I. Kawachi (Eds.), **Social epidemiology**. New York: Oxford
University Press.

Black, D. W., and Andreasen, N. C. (2011). **Introductory Textbook of Psychiatry**.
5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Burns, N. and Grove, S. K. (2005). **The practice of nursing research: conduct,
critique, and utilization**. 5th Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders.

- Cabinet Office. (2012). Fundamental data of policy for persons with disabilities. **Annual Report on government measures for persons with disabilities.** Tokyo: Saeki Printing.
- Canive, J. M., et al. (1996). Family psychoeducational support groups in Spain: Parents' distress and burden at nine-month follow-up. **Annals of Clinical Psychiatry.** 8(2): 71–79.
- Chan, S. and Yu, I. W. (2004). Quality of life of clients with schizophrenia. **Journal of Advanced Nursing.** 45(1): 72-83.
- Chan, S., Yip, B., Tso, S., Cheng, B.S., and Tam, W. (2009). Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. **Patient Education and Counseling.** 75: 67–76.
- Conn, V. (2003). Working with Families. In W, K. Mohr (Ed), **Psychiatric Mental Health Nursing.** Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Corey, M. S., and Corey, G. (2006). **Group process and practice group.** 7th ed. The United State of American: Thomson learning Inc.
- Dagmara, R., et al. (2014). Caregiving experiences of families living with persons with schizophrenia. **The Jonna Briggs Institute Database of Best Practice Information Sheets and Technical Reports.** 18(6): 1-4.
- Dangdomyouth, P. (2006). **Family Caregiving Process for A person with Schizophrenia.** A Dissertation of Doctor of Philosophy Program in Nursing Science. Chulalongkorn University.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregivers. **Family and Community Health.** 15: 1-9.
- De Melo, F. (2001). Support group for PLWHA in india. **The Fifth International Conference on Home and Community Care for Persons Living with HIV/AIDS.**
- Denyes, M. J. (1980). **Development of an Instrument to Measure Self-Care Agency in Adolescents.** Doctoral dissertation College of Nursing. The University of Michigan.
- Eakes, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. **Archives of Psychiatric Nursing.** 9: 77-84.

- Evers, G., et al. (1985). **Development of the Appraisal of Self-Care Agency Scale.** Paper Presented at International Research Conference. Edmonton : Canada.
- Filday, D. (1986). **Perception of dependent-care agency in parents of infants discharged from a regional neonatal intensive care unit.** Wayne State University. Detroit.
- George, L. K., and Gwyther, L. P. (1996). Caregiver for dementia patient:: Complex determinant of well-being and burden. **The Gerontologist.** 26(9): 245-249.
- Gutierrez-Maldonado, J. and Caqueo-Urizar, A. (2007). Effectiveness of a psychoeducational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. **Quality of life Research.** 16: 739-747.
- Hanson, B. and Bickel, L. (1985). Development and testing of the questionnaire on perception on self-care agency. In J. Riehl-Sisca (ed.), **The Science and art if self -care**, pp. 271-278. Norwalk: Appleton-Crofts.
- Hanucharunkul, S. (1988). **Social support, self care and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand.** Doctoral Dissertation of Nursing Graduate School, Wayne State University.
- Holmberg, S. K., and Kane, C. (1999). Health and Self-Care Practices of Persons with Schizophrenia. **Psychiatric services.** 50(6): 827-829.
- Horowitz, A. (1985). A sons and daughter as caregivers to older parents:Difference in role performance and consequences. **The Gerontologist.** 25: 612-617.
- Horowitz, A. V. and Reinhard, S.D. (1995). Ethnic difference in caregiving duties and burdens among parents and sibling of person with severe mental illness . **Journal of health and social behavior.** 36(6): 138-150.
- Hupcey, J. E. (1998). Clarifying the social support theoryresearch linkage. **Journal of Advanced Nursing.** 27: 1231-1241.
- Imas, R., Wandee, S., and Hathairat, S. (2011). Social support and coping of Indonesia family caregivers caring for persons with schizophrenia. **Nurse media journal of nursing.** 1(2): 159-159.
- Jablensky, A. (2009). Worldwide Burden of Schizophrenia. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, and P. Ruiz (eds.), **Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**, pp. 1451. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

- Kane, J. M., and Marder, S. R. (1993). Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**. 19: 287-302.
- Kaplan, H. L., and Sadock, J. B. (2000). **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavior sciences and clinical psychiatry**. 8th ed. Baltimore: William & Wilkins.
- Kaur, S., Behera, D., Gupta, D., and Verma, S. K. (2009). Evaluation of a Supportive Educative Intervention on Self-Care in patients with bronchial asthma. **Nursing and Midwifery Research Journal**. 5(2): 124-132.
- Kauric-Klein, Z. (2012). **Improving blood pressure control in ESRD through a Supportive educative nursing intervention**. A Dissertation of Doctor of Philosophy Program in Nursing Science. Wayne State University.
- Kennedy, M. G., Schepp, K. G., and O' Conner, F. W. (2000). Symptom self-management and relapse in schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing**. 14(6): 266-275.
- Kring, M. A., and Smith, A. D. (2013). The negative symptoms of schizophrenia. In Castonguay, G. L., and Oltmanns, F. T. **Psychopathology: From science to clinical practice**. pp. 370-392. New York : A Division of Guilford Publications, Inc.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. (1984). **Stress, Appraisal and coping**. New York: Springer.
- Lefley, H. P. (1987). Aging parent as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. **Hospital & Community Psychiatry**. 38(10) : 1063-1070.
- Lindenmayer, J. P., and Khan, A. (2006). Psychological disorder. In J. A. Lieberman, T. S. Stroup, and D. O. Perkins (eds.), **Textbook of schizophrenia**, pp. 187-222. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Lindenmayer, J. P., and Khan, A. (2012). Psychopathology. In J. A. Lieberman, T. S. Stroup, and D. O. Perkins (eds.), **Schizophrenia**, pp. 11-55. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Macleod, S. H., Elliott, L. and Brown, R. (2011). What support can community mental health nurses deliver to care of people diagnosed with schizophrenia finding from a review of the literature. **International Journal of Nursing**

Studies. 48(1): 100-120.

Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Maj, M., and the National Mental Health Project Working, G. (2006). Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: preliminary results from an Italian national study.

Acta Psychiatrica Scandinavica. 113: 60-63.

Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Maj, M., and Malangone, C. (2005). Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. **Social Science and Medicine.** 61(2) : 313-322.

Manidipa, G. (2001). Self Support group for the HIV individuals. **The Fifth International Conference on Home and Community Care for Persons Living with HIV/AIDS.**

McGrath, J., Saha, S., Chant, D., and Wekham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence prevalence and mortality. **Epidemiologic reviews.** 30: 67-76.

Milliken, P. J. (2001). Disenfranchised mothers: Caring for an adult child with schizophrenia. **Health Care for Women International.** 22:149-166.

Minzenberg, M. J., Yoon, J. H., and Carter, C. S. (2011). Schizophrenia. In Hales, R. E., Yudofsky, S. C. and Gabbard, G. O. (Eds.), **Essentials psychiatry**, pp. 111–144. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.

Moller, T., Gudde, C. B., Folden, G. E., and Linaker, O. M. (2009). The experience of caring in relatives to patients with serious mental illness: Gender differences, health and functioning. **Scandinavian Journal of Caring Sciences.**23: 153-160.

Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G. and Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. **Family Relations.** 34(4): 19-26.

Montgomery, P., and Kirkpatrick, H. (2002). Understanding Those Who Seek Frequent Psychiatric Hospitalizations. **Archives of Psychiatric Nursing.** 16(1): 16-24.

Mueser, K. T., and McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. **The lancet.** 363(June19): 2063-2072.

Norton, N., Williams, H. Y., and Owen, M. J. (2006). An update on the genetics of schizophrenia. **Current Opinion in Psychiatry.** 19: 158-164.

- Orem, D. E. (1985). **Nursing Concepts of Practice**. 3th ed. New York : McGraw Hill Book.
- Orem, D. E. (1991). **Nursing Concepts of Practice**. 4th ed. St.Louis : Mosby Year Book.
- Orem, D. E. (1995). **Nursing Concepts of Practice**. 5th ed. St.Louis : Mosby Year Book.
- Orem, D. E. (2001). **Nursing Concepts of Practice**. 6th ed. St.Louis : Mosby Year Book.
- Orem, D. E., and Taylor, S. (1986). Orem's general theory of nursing in P. Winstead-Fry (Ed.). **Case Studies in Nursing Theory**. National League for Nursing. 37-71.
- Oupra, R., Griffiths, R., Pryor., J., and Mott., S. (2010). Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. **Health and Social Care in the Community**. 18(1) : 10-20.
- Overall, J. E. and Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. **Psychological Report**. 10: 799-812.
- Pekkala, E., and Merinder, L. (2002). **Psychoeducation for schizophrenia**. Cochrane Database Syst Rev. 2: CD002831.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., and Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. **Population Health Metrics**. 8: 24.
- Redman, B. K. (1993). **The process of patient Teaching in nursing**. 4th Ed. St. Louis: Mosby company.
- Rhoades, D. (2000). Schizophrenia: A review for family counselors. **The family Journal**. 8(3): 258-266.
- Rosler, W., Salize, H. J., Van Os, J., and Riecher-Rosler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. **EurNeuropsychopharmacol**. 15:399-409.
- Rungreangkulkit, S. (2001). Psychological morbidity of mother of an adult child with schizophrenia. **Thai Journal Nurse Research**. 5:232-243.

- Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2007). **Synopsis of Psychiatry**. 10th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Sadock, J. B. and Sadock, A. V. (2005). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins. New York.
- Sawatzky, J.E., and Fowler-Kerry. (2003). **Impact of caregiving: listening to the voice of informal caregivers**. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing*. 10: 277–286.
- Sethabouppha, H., and Kane, C. (2005). Caring for the Seriously Mentally Ill in Thailand: Buddhist Family Caregiving. **Archives of Psychiatric Nursing**. 19(2): 44-57.
- Steel, C., and Wykes, T. (2013). The positive symptoms of schizophrenia. In G. L. Castonguay, and F. T. Oltmanns (Eds.), **Psychopathology: From science to clinical practice**, pp. 344-369. New York: A Division of Guilford Publications.
- Stewart, B. J., and Archbold, P. G. (1996). **Family caregiver inventory: The caregiver's view**. Portland: Oregon Health Sciences University, School of Nursing.
- Suzuki, Y., Yasumura, S., Fukao, A., and Otani, K. (2003). Associated factors of rehospitalization among schizophrenic patients. **Psychiatry Clin Neurosci**. 57: 555-561.
- Tanriverdi, D., and Ekinçi, M. (2012). The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. **International Journal of Nursing Practice**. 18:281-288.
- Taylor, S. G. (1989). An interpretation of family within Orem's general theory of nursing. **Nursing Science Quarterly**. 2: 131-137.
- Thompson, E. H., Futterman, A. M., Thompson, D. G., Rose, J. M., Lovett, S. B. (1993). Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. **Journal of Gerontology**. 48(5): 245-254.
- Videbeck, S. L. (2004). **Psychiatric Mental Health Nursing**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Weaver, M. T. (1989). Perceived Self-Care Agency: A Lisral Factor Analysis of Bickel and Hanson's Questionnaire. **Nursing Research**. 36: 381-387.

Wahl, O., and Harman, C. (1989). Family views of stigma. **Schizophrenia Bulletin**. 15: 131-139.

World Health Organization. (2007). **International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems** [Online]. 10th Revision version.

Available from:

<http://www.who.int/classifications/apps/icd/10 online/en>[2013, December,8]

World Health Organization. (2011). **Schizophrenia**[Online]. Available from:

<http://www.who.int/mentalhealth/management/schizophrenia/en>[2013, December,8]

Wu, E. Q., et al. (2005). The economic burden of schizophrenia in the United States in 2002. **J Clin Psychiatry**. 66(9): 1122-1129.



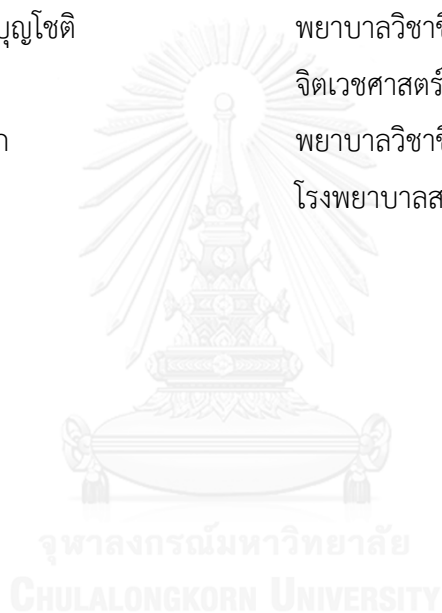


ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นายแพทย์สมนึก หลิมศิโรรัตน์	นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี
ดร.ชุตินา มาลัย	รอง ผอ.ฝ่ายประกันคุณภาพฯ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ราชบุรี
นางเพชรี คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN) สถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางสาวชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN) สถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางอำพัน หิรัญอุทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN) โรงพยาบาลสามชุก



ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา และการตรวจสอบความเที่ยง



การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เป็นวิธีที่พัฒนาขึ้นโดย Hambleton และคณะเมื่อปี ค.ศ.1975 ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .80ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) โดยมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

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

- | | | |
|---|-----------------------|--------|
| 1. แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท | CVI = $\frac{18}{21}$ | = 0.86 |
| 2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล | CVI = $\frac{25}{26}$ | = 0.96 |
| 3. แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย | CVI = $\frac{19}{20}$ | = 0.95 |

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

1. แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.884	21

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.853	26

3. แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.898	20



เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านและ
เติมค่าลงในช่องว่างที่กำหนดไว้ ให้สมบูรณ์

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่/สมรส	<input type="checkbox"/> หม้าย
<input type="checkbox"/> หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	
4. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพในปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> เกษตรกร	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> ข้าราชการ	<input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
6. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยปี (เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)
7. ภาวะสุขภาพการมีโรคประจำตัว

<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุ.....
--------------------------------	---------------------------------------
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติเพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การพิจารณาในการเลือกตอบ ดังนี้

- ไม่ตรงกับตัวท่านเลย หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับการกระทำและกิจกรรมการดูแลของท่านเลย
- ตรงกับตัวท่านน้อย หมายถึง ข้อความตรงกับการกระทำ กิจกรรมการดูแลของท่านน้อย
- ตรงกับตัวท่านปานกลาง หมายถึง ข้อความตรงกับการกระทำกิจกรรมการดูแลของท่านเพียงครั้งหนึ่ง
- ตรงกับตัวท่านมาก หมายถึง ข้อความตรงกับการกระทำ กิจกรรมการดูแลของท่านมาก
- ตรงกับตัวท่านมากที่สุด หมายถึง ข้อความตรงกับการกระทำกิจกรรมการดูแลของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ตรงกับตัวท่านเลย	ตรงกับตัวท่านน้อย	ตรงกับตัวท่านปานกลาง	ตรงกับตัวท่านมาก	ตรงกับตัวท่านมากที่สุด
1. ท่านดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ					
2. ท่านให้การดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองมากที่สุด					
3. ท่านให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตามที่ผู้ป่วยต้องการ					
4.....					
21. ท่านสอบถามแพทย์/พยาบาล เกี่ยวกับผลและฤทธิ์ข้างเคียงของยาเมื่อผู้ป่วยได้รับยาชนิดใหม่					

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภทหมายถึงโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป		
2. สาเหตุหนึ่งของการป่วยเป็นโรคจิตเภท เกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง		
3. โรคจิตเภทเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น ผีเข้า โดนของ		
4.		
26. ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ พูดคนเดียว มีท่าทำไม่ไว้ใจใคร ควรรอดูอาการไปก่อนจนถึงวันนัดจึงมาพบแพทย์		

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงสัมพันธภาพระหว่างท่านกับผู้ป่วยจิตเภทในช่วงนี้ โปรดพิจารณาว่าท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อคำถามในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใดโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

จริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกและสภาพความจริงมากที่สุด
จริงค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกและสภาพความจริงมาก
จริงบ้างเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกและสภาพความจริงน้อย
ไม่จริงเลย	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกและสภาพความจริงเลย

ข้อความ	ไม่จริง เลย	จริงบ้างเล็ก น้อย	จริงค่อนข้าง มาก	จริงมาก ที่สุด
1. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตของท่าน				
2. ท่านยอมรับผู้ป่วยตามสภาพที่ผู้ป่วยเป็น				
3. ท่านยอมรับต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้				
4.....				
20. ท่านเต็มใจทำตามที่ผู้ป่วยขอให้ท่านช่วยเหลือ				

แผนการดำเนินงานกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้
ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แต่งต้อมยุทธ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภทนับเป็นการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง อีกทั้งลักษณะการดำเนินโรคและการตอบสนองต่อการบำบัดรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายนั้นก็ยังมีลักษณะที่แตกต่างกัน (Lindenmayer and Khan, 2006) และมีการกำเริบซ้ำได้บ่อยครั้ง โอกาสที่ผู้ป่วยจิตเภทจะหายกลับคืนสู่สภาพปกติที่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากอาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) จากลักษณะดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดและมีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านต่างๆ ทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมรวมทั้งการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (Kane and Marder, 1993; วาสนา ปานดอก, 2545; Bae et al., 2010) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ซึ่ง Orem (1995) เรียกบุคคลเหล่านี้ว่าบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) และจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือพยาบาล (แก้วตา มีศรี, 2554)

การที่ผู้ดูแลจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ดูแลเป็นหลัก ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเป็นการกระทำอย่างจริงจังและมีความเฉพาะเจาะจง แตกต่างจากการกระทำการดูแลบุคคลโดยทั่วไป การที่ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้นั้นจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถที่จะตัดสินใจ และความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ โดยพยาบาลต้องประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยจิตเภท เมื่อความสามารถของผู้ดูแลไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย แสดงว่าผู้ดูแลนั้นมีความพร่องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อทดแทนความสามารถและแก้ไขความพร่องที่เกิดขึ้นจนสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Orem, 2001)

จากแนวคิดของ Orem (2001) รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้จะทำให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและยังส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย ซึ่งการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมจะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงสมรรถนะตนเองเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถปรับเปลี่ยนการดูแลตามสถานการณ์และตัดสินใจเลือกวิธีการในการดูแลได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การใช้รูปแบบกลุ่มจะช่วยให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายอื่นๆ เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้รับความเห็นอกเห็นใจส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

แผนการดำเนินงานกิจกรรม

กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 1	การประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน การคาดการณ์ การสร้างแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวนกลุ่มละ 10 คน
สถานที่	คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี
ระยะเวลา	90 นาที ในสัปดาห์ที่ 1
รูปแบบ	ให้ผู้ดูแลนั่งเป็นวงกลม โดยให้ผู้ดูแลเลือกที่นั่งตามอัยาศัยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลและระหว่างผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงปัจจัยที่ทำให้ตนเองยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดแรงจูงใจและมีทัศนคติที่ดีในการกระทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติขึ้นในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยจะมีการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบ ระยะเวลา และประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมกลุ่ม รวมถึงระเบียบและข้อปฏิบัติของการเข้ากลุ่ม ซึ่งกิจกรรมในขั้นตอนนี้เน้นว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการเสริมสร้างความไว้วางใจ ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกกล้าแสดงความคิดเห็นของตนเองภายในกลุ่ม และก่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อไป นอกจากนี้ผู้ดูแลจะได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความคาดหวังหรือความต้องการที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงมีการส่งเสริมความสามารถในการคาดการณ์โดยผู้ดูแลจะได้วิเคราะห์ปัจจัยหรือสิ่งที่ส่งผลให้ผู้ดูแลยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มที่ ร่วมกับการประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเพื่อให้ผู้ดูแลได้ทราบคุณสมบัติพื้นฐานและระดับความสามารถในการดูแลของตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแล

มีทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเองมากขึ้นและได้ตรวจสอบความคาดหวังของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยด้วย ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลที่จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะทำการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไปได้

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกกลุ่มนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนั่งสลับกับผู้ดูแล
2. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองในฐานะผู้นำกลุ่ม และต้อนรับสมาชิกในกลุ่มด้วยน้ำเสียงท่าทางที่เป็นมิตรและอบอุ่นด้วยการแสดงความสนใจในสมาชิกแต่ละคน
3. ให้สมาชิกในกลุ่มทำความรู้จักกันโดยใช้กิจกรรม “ บ้านนี้มีรัก ” โดยผู้วิจัยแจกกระดาษรูปหัวใจ หลังจากนั้นให้เขียนชื่อเล่นลงบนกระดาษรูปหัวใจ เมื่อเขียนเสร็จแล้วให้แนะนำตัวชื่อ-สกุล ชื่อเล่น ทีละคนเมื่อแนะนำตัวเสร็จแล้วให้นำกระดาษรูปหัวใจไปแปะไว้ในภาพบ้านที่เตรียมไว้ ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆจนสมาชิกทุกคนได้แนะนำตัวเองจนครบ แล้วผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมนี้และกล่าวนำเข้าสู่กิจกรรมลำดับต่อไป
4. ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัด ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม ข้อสงสัยโดยใช้ใบความรู้ที่ 1/1 แนะนำกิจกรรม
5. ผู้วิจัยอธิบายถึงความจำเป็นของการมีระเบียบและข้อปฏิบัติของกลุ่ม พร้อมทั้งให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นและร่วมกันตั้งระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
6. ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุประเบียบและข้อปฏิบัติของกลุ่ม
7. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความคาดหวังหรือความต้องการที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทตามใบกิจกรรมที่ 1.1 แล้วนำมาอภิปรายร่วมกัน โดยเชื่อมโยงคำพูดความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้มีการอภิปรายอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างทั่วถึง หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นและแจกใบกิจกรรมที่ 1.2 ให้ผู้ดูแลได้เขียนปัจจัยหรือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่ส่งผลให้ผู้ดูแลยังไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มที่ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ องค์ประกอบของตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
8. ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากกิจกรรม 1.2 โดยชี้ให้เห็นว่าข้อมูลปัญหาที่สมาชิกได้เสนอนั้นเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญมากเพราะจะทำให้เราได้รู้ปัญหาที่แท้จริงส่งผลให้เราสามารถแก้ปัญหาที่ตรงตามความต้องการอย่างแท้จริง

9. ให้สมาชิกประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานตามใบกิจกรรม 1.3 เมื่อสมาชิกทำการประเมินตัวเองเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยสรุปถึงผลการประเมินจากแบบประเมินพร้อมกับให้ข้อมูลสะท้อนกลับ
10. ผู้วิจัยแจกใบกิจกรรม 1.3 ให้สมาชิกทำเพื่อให้ผู้ดูแลได้ประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของตนเอง
11. ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้ผ่านใบความรู้ 1/2 เรื่อง บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเองมากขึ้นร่วมกับการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย
12. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและร่วมกันสรุปกิจกรรม
13. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. โปสเตอร์แสดงระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้ากลุ่ม
2. ใบกิจกรรมที่ 1.1 ความรู้สึกที่มีต่อการดูแลและความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบกิจกรรมที่ 1.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ใบกิจกรรมที่ 1.3 การประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน
5. ใบความรู้ที่ 1/1 แนะนำกิจกรรม
6. ใบความรู้ที่ 1/2 บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ปากกา/ดินสอ
8. ป้ายชื่อสำหรับผู้ดูแล
9. ภาพบ้านและกระดาศรูปหัวใจ + กระดาศขาว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ โดยประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ สีหน้าท่าทาง การสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การเปิดเผยข้อมูลของตนเองในกลุ่ม การซักถามปัญหาต่างๆ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ดูแลยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพได้
3. ผู้ดูแลรับรู้ สามารถบอกความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานที่ตนเองมีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
4. ผู้ดูแลมีความเข้าใจยอมรับผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น มีความรู้สึกและทัศนคติที่ดีต่อบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น

คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

สำหรับ ผู้ดูแล



โดย

นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ

อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงต่อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรคจิตเภทเกิดจากอะไร



ปัจจัยทางด้านร่างกาย ได้แก่

- กรรมพันธุ์ - จะมีความเสี่ยงป่วยทางจิตมากกว่าผู้อื่น
- การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง
- พิษของสารเสพติด - เหล้า ยาบ้า กัญชา กระท่อม กาว
- ศีรษะได้รับอันตราย - ศีรษะถูกกระแทกหรือบาดเจ็บรุนแรง
- การติดเชื้อที่สมอง - มาลาเรีย เชื้อหุ้มสมองอักเสบ

ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ จิตใจมีพัฒนาการไม่เหมาะสมมาตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อโตขึ้นต้องเผชิญความเครียดแต่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ และใช้วิธีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมบ่อยๆ จนเกิดเป็นพฤติกรรมถาวร หรือได้รับความกดดันด้านจิตใจและสังคม



ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักพบในประชากรที่มีฐานะยากจน

คำนำ



การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ดูแลเป็นอันดับแรก หากผู้ดูแลมีความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างถูกต้องจะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ทางคณะผู้จัดทำได้ตระหนักและเข้าใจดีถึงบทบาทสำคัญของผู้ดูแลจึงได้ผลิตคู่มือ “การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท” สำหรับผู้ดูแลขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการแนะนำ ดูแลช่วยเหลือและการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยให้ดำเนินไปด้วยความเข้าใจ เห็นใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน เพื่อความสุขที่ยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นต่อไป



ด้วยความปรารถนาดี

คณะผู้จัดทำ

ภาคผนวก ง
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย
และแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	(ที่ทำงาน) โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล โชคชัย 4 แขวงลาดพร้าว เขตลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร 10230 (ที่บ้าน) 43 หมู่ 7 ต.คูบางหลวง อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี 12140
เบอร์โทรศัพท์	(ที่ทำงาน) 02-5144140 ต่อ 1100, 1101 (ที่บ้าน) 02- 5813380 (มือถือ) 081-6171920 E-mail : Sukanyatawaw@gmail.com

ข้อมูลและรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัย มีดังนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านต้องทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพราะเหตุใด และมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ พร้อมทั้งสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้

2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มาพบแพทย์หรือมารักษาแทน ณ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลปทุมธานี

4.1 เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง เขย สะใภ้ เพียงคนใดคนหนึ่งที่อยู่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท

2. เป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้าง หรือรางวัลใดๆตอบแทนจากการดูแลผู้ป่วย

3. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

4. สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ มีการรับรู้ที่ดี สามารถอ่านออกเขียนได้

5. ผู้ดูแลมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ระหว่างร้อยละ 50-80 คือ มีความรู้ในระดับปานกลาง โดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ตามแนวคิดของ Lefley (1987) ที่นำมาพัฒนาโดย แก้วตา มีศรี (2554)

6. เป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ≤ 30 คะแนน โดยใช้แบบประเมินแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

7. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

4.2 เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม
2. มีภาวะโรคแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรงเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการวิจัย

4.3 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 คน

4.4 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาล ปทุมธานี เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อและข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในคลินิก หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วงเวลาที่ได้รับบริการที่คลินิกจิตเวช โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้รวมทั้งสิ้น 40 คน และเมื่อพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยก็จะชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยก็จะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นต์ชื่อลงในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างครบทั้ง 40 คน ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วย อายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แล้วใช้วิธีการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเรื่อง ผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยจะทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มย่อย ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มควบคุม ซึ่งจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิก จิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลปทุมธานี ได้แก่ การประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหา รวมทั้งแจกเอกสารแผ่นพับ และจะมีการนัดติดตามภายหลังการดำเนินกิจกรรมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มทดลอง ซึ่งจะได้เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ โดยจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน และทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลานาน 6 สัปดาห์ ซึ่งแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที มีรายละเอียดดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน การคาดการณ์ การสร้างแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วยและการดูแลสถานะแวดล้อม กิจกรรมที่ 2 การปรับเปลี่ยน ส่งเสริมและการให้ความรู้และจัดระบบการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแบบแผนการดำเนินชีวิต และสนับสนุนการใช้แหล่งทรัพยากร กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง กิจกรรมที่ 5 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่ 6 อภิปรายและยุติกลุ่ม

6. ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้ทั้งหมดผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้การเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆทั้งสิ้น ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการให้บริการแต่อย่างใด

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยคือ เพื่อส่งเสริมรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลช่วยเหลือให้สามารถดำรงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยไม่เกิดปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต

8. การขอข้อมูลจากเวชระเบียนในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานีก่อนที่จะทำการวิจัย

9. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถโทรสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์ 081-6171920 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัยผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยเร็ว

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

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....โรงพยาบาลปทุมธานี.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดย นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ ที่อยู่ติดต่อ 43 หมู่ 7 ต.คูบางหลวง อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี 12140 โทรศัพท์ที่บ้าน 02- 5813380 โทรศัพท์มือถือ 081-6171920

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตรายและประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย**จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบคำถามตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย รวมถึงการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 6 ครั้ง เป็นระยะเวลาติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ ณ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้นว่าได้รับการรักษาพยาบาลเช่นเดิม)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147

E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

(นางสาว สุกัญญา แก้วศิริ)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ภาคผนวก จ
เอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูลและผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 119๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๒ สิงหาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

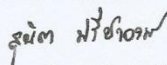
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมธานี

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

เนื่องด้วย นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ นิสิตชั้นปริญญา มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 ที่มาพบแพทย์หรือมารับยาแทนผู้ป่วยในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง จากการเลือกแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน โดยใช้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล และแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ โทร. 08-1617-1920



ที่ ปท ๐๐๓๒.๒๐๓.๓ / ๑๙๕๖๕

โรงพยาบาลปทุมธานี
ถนนปทุมธานี-ลาดหลุมแก้ว ปท ๑๒๐๐๐

๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

เรื่อง อนุญาตให้เก็บข้อมูลงานวิจัยและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตให้นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ นิสิตชั้นปริญญา มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกลุ่มสนับสนุนและความรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” เข้าเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลปทุมธานี นั้น

ในกรณีนี้ โรงพยาบาลปทุมธานี โดยคณะกรรมการวิจัยได้พิจารณาแล้วและมีมติอนุญาตให้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทั้งนี้ ในการเก็บข้อมูลของผู้วิจัยขอให้ขึ้นอยู่กับความยินยอมหรือความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูล ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์สุรรัตน์ สุขประเสริฐ)
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
ประธานคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลปทุมธานี

กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐-๒๕๕๘-๘๗๐๒
โทรสาร. ๐-๒๕๕๘-๘๗๐๖



ที่ ศธ 0512.11/07๒3

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ สิงหาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

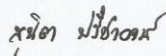
- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นางเพชร คันธสายบัว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นางชุศรี เกิดพงษ์บุญโชติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางเพชร คันธสายบัว และนางชุศรี เกิดพงษ์บุญโชติ
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ โทร. 08-1617-1920

ที่ ศธ 0512.11/๑7๑3



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ สิงหาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอำพัน ทิรัญอุทก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา परिชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นางอำพัน ทิรัญอุทก

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ โทร. 08-1617-1920

ที่ ศธ 0512.11/ ๐793



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ สิงหาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

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

เนื่องด้วย นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ สมนึก หลิมศิริรัตน์ นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นายแพทย์ สมนึก หลิมศิริรัตน์
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ โทร. 08-1617-1920

ที่ ศธ 0512.11/๐๗๒3



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ สิงหาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส

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

เนื่องด้วย นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. ชูติมา มาลัย รองผู้อำนวยการฝ่ายประกันคุณภาพฯ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

ดร. ชูติมา มาลัย

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ โทร. 08-1617-1920

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุกัญญา แก้วศิริ เกิดวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2529 ณ โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล พหลโยธิน กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์ เมื่อปี พ.ศ. 2551 และเข้ารับการศึกษต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2555 ด้านประสบการณ์การทำงาน เคยทำงานที่โรงพยาบาลพระรามเก้า แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2554 ปัจจุบันทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล โชคชัย 4 แผนกผู้ป่วยนอก เขตลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร ที่อยู่ปัจจุบัน 43 หมู่ 7 ต.คูบางหลวง อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี 12140 เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ (บ้าน) 02-5813380 (มือถือ) 081-6171920 Email : Sukanyatawaw@gmail.com