

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GROUP SOCIAL SUPPORT PROGRAM
ON QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA'S CAREGIVERS

Miss Waraporn Sinthusopa



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

วารสาร สันตุโสภา : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF GROUP SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA'S CAREGIVERS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 182 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 39 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยรายได้ของครอบครัวและภาวะสุขภาพ ใช้การสุ่มอย่างง่ายแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 19 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือสองชุดหลังมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.79 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5877197936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: QUALITY OF LIFE, CAREGIVER OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA, SOCIAL SUPPORT

WARAPORN SINTHUSOPA: THE EFFECT OF GROUP SOCIAL SUPPORT PROGRAM ON QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA'S CAREGIVERS. ADVISOR: ASST. PROF. PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 182 pp.

The purpose of this quasi-experimental research were to compare quality of life in persons with schizophrenia's caregivers before and after received the group social support program, and to compare quality of life in persons with schizophrenia's caregivers who received the group social support program and those who received regular nursing care. Research sample were 39 caregivers of persons with schizophrenia who met the inclusion criteria from outpatient department, Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. They were matched-pairs by family income and health status and then randomly assigned into experimental group with 19 subjects and control group with 20 subjects. Research instruments were the group social support program, schizophrenia caregiver quality of life questionnaire, and social support scale. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the two latter instruments were reported by using Cronbach's Alpha coefficient as of 0.79 and 0.80 respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation and t-test.

Major findings were as follows :

1. the mean score of quality of life in persons with schizophrenia's caregivers after received the group social support program was significantly higher than that before, at the .05 level;

2. the mean score of quality of life in persons with schizophrenia's caregivers who received the group social support program were significantly higher than those who received regular nursing care, at the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจมากและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ ประธานสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชาวัชร์ กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้คำแนะนำเป็นอย่างดีต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาครินทร์ทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและคอยอำนวยความสะดวกในระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.เขาวลิต เอื้อชูยศ และ คุณมุกดา ผู้สัมฤทธิ์เลิศ ที่ได้ให้กำลังใจและสนับสนุนทุนการศึกษาแก่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณ รศ.พ.อ.นพ.วีระชัย วัฒนวิระเดช ที่ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และอนุเคราะห์เรื่องเวลาทำงานให้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลวิจัยจนสำเร็จ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลแก่ผู้วิจัยด้วยความเมตตาโดยตลอด ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนการวิจัยตามโครงการ “ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต”

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาผู้ให้กำเนิด ผู้ให้สติปัญญา ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคนผู้ซึ่งเป็นกำลังใจสำคัญโดยเฉพาะคุณวิชัย สว่างศรี ที่คอยดูแล และช่วยเหลือสนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้แก่บุพการี คณาจารย์ ผู้มีพระคุณและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ทุกท่านมีสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	8
สมมติฐานการวิจัย	11
ขอบเขตการวิจัย	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	17
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	30
3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	40
4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	49
5. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม	52
6. การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม	54
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	61

8. กรอบแนวคิดการวิจัย	68
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	69
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	69
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	72
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	90
การวิเคราะห์ข้อมูล	107
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	108
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	114
รายการอ้างอิง	131
ภาคผนวก.....	142
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ.....	143
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา การคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองและหลัง การทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีทางสถิติ Pair Sample T-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองและหลัง การทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีทางสถิติ Independent T-test..	145
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	150
ภาคผนวก ง หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	168
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	170
ภาคผนวก ฉ ตารางแสดงการเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคู่ (Matched Pair) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	176
ภาคผนวก ช ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดย ประเมินทันทีหลัง เสร็จสิ้นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม.....	178
ภาคผนวก ซ จดหมายติดต่อเพื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	180

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 182



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ณ ห้องประชุมคลังใจ 2 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์	92
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา	109
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้ของครอบครัว ศาสนา และภาวะสุขภาพ	110
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	111
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	112
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	113
ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคู่ (Matched Pair) ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	177
ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยประเมินทันทีหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม (n= 19)	179

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง สามารถพบได้ทุกเชื้อชาติ (Sadock & Sadock, 2007) โรคจิตเภทยังถูกรายงานว่าเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของความพิการในโลก (Murray et al., 2012) โดยความชุกของโรคจิตเภทมีมากกว่า 21 ล้านคนทั่วโลก (WHO, 2018) สำหรับประเทศไทยพบความชุกชั่วชีวิตของการเกิดโรคประมาณ 7-9 : 1,000 ราย (มานิช หล่อตระกูล, 2554) จากสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการด้านจิตเวชของโรงพยาบาลในกรมสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2559 พบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 124,558 และ 241,838 ราย ตามลำดับและมีแนวโน้มสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2559) และจากสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ พบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2560 มีจำนวน 33,570 , 26,783 และ 27,443 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 33.33 , 32.02 และ 45.58 ตามลำดับจากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (เวชสถิติ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์, 2560) โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม ถือเป็นความเจ็บป่วยที่ยากต่อการดูแลรักษา (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 53-72 (กรมสุขภาพจิต, 2559) ความเรื้อรังของโรคจิตเภทส่งผลให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพทรุดหนักขึ้น จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ต้องอาศัยผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงจะสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ (กรมสุขภาพจิต, 2559)

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันได้มีการปรับบทบาททีมสุขภาพจิตจากการให้บริการเชิงรับมาเป็นเชิงรุก มุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจะรับผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันเพื่อบรรเทาอาการทางจิตที่รุนแรงหรือกำเริบเท่านั้น เมื่ออาการต่างๆ ทุเลาลง ผู้ป่วยจิตเภทก็จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วด้วยเหตุผลด้านค่าใช้จ่าย โรงพยาบาลเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคนานาชนิดและการกลับไปอยู่กับครอบครัวจะส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยเอง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และ ปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ์, 2557) ดังนั้นบุคคลในครอบครัวจึงเป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ขณะที่อาจยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และยังไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพให้กลับมาดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติดั้งเดิม โดยยังมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ และผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 80 กลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) เพื่อให้อาการทางจิตทุเลาลงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลักในครอบครัวจึงเป็นผู้ที่มีหน้าที่และทำ

บทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านแทนบุคลากรสุขภาพให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบและในระยะฟื้นฟูสุขภาพ (Sadock & Sadock, 2007) ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีความมุ่งเน้นกับการดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient center care) จนดูเหมือนว่าอาจจะเลยการดูแลครอบครัวหรือญาติผู้ป่วย จนทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพ หรือเป็นผู้ป่วยซ่อนเร้น (hidden patient) เป็นกลุ่มเสี่ยงที่พยาบาลไม่ควรมองข้าม ซึ่งผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแล้วมีอาการคงที่ไม่กำเริบซ้ำ ลดการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลของการรักษา (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552) แต่พบว่าในปัจจุบันแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังไม่ชัดเจนหรือไม่เป็นระบบ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และ ปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ, 2557) ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการปรับเปลี่ยนบทบาทมุ่งเน้นการดูแลครอบครัว (family center care) ให้มากขึ้น (วารุณี มีเจริญ, 2557) และในปี พ.ศ. 2561 นี้ ทางกรมสุขภาพจิตมีนโยบายขยายผลให้การดูแลคุณภาพชีวิตของญาติที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยของประเทศ เนื่องจากผลของการดูแลของญาติจะเป็นตัวพยากรณ์อาการของผู้ป่วยโดยตรง หากผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะส่งผลต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่ดีไปด้วย (บุญเรือง ไตรเรืองวรรณ, 2561)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละวันผู้ดูแลต้องช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการทำกิจวัตรประจำวัน คอยสังเกตอาการ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา และต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วยจิตเภทในทุกๆ เรื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงงานในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิด ทั้งยังต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ตนเองปฏิบัติอยู่ (Ip & Mackenzie, 1998) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องเผชิญกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจิตเภทตลอดเวลาจนส่งผลต่อชีวิตประจำวัน (พิเชษฐ อดมรัตน์ & สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) ทำให้ผู้ดูแลต้องประสบกับความเครียดเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (Adamac, 1996; Ganguly, Chadda, & Singh, 2010) และจะส่งผลด้านลบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอีกด้วย ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และ ปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ, 2557)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทถือว่าเป็นประชากรที่มีคุณค่าของประเทศ จึงควรได้รับความสนใจและช่วยเหลือให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การรับรู้ถึงสถานะของตนในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยมที่บุคคลอาศัยอยู่และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคลมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ เป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล

ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจแต่ละด้านของชีวิต และการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่างๆ ในชีวิต (The WHOQOL Group, 1996) ซึ่ง Richieri et al. (2011) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ 7 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความผาสุกทางกายและจิตใจ เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสภาพทางกายและทางจิตใจของตนเองโดยมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย ความสามารถในการทำงาน การพักผ่อนนอนหลับ ความสามารถในการตัดสินใจ ความมั่นใจในตนเอง ความรู้สึกสบายกายและสบายใจ 2) ด้านภาระทางด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกลำบากใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ความรู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันของตนเอง ความรู้สึกลำบากใจที่ต้องปล่อยผู้ป่วยจิตเภททิ้งไว้ตามลำพังเมื่อต้องออกไปธุระหรือไปทำงานนอกบ้าน ความรู้สึกยุ่งยากไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมอื่นๆ สำหรับตนเองและครอบครัว ทำให้ขาดการวางแผนในการดำเนินชีวิต 3) ด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุน ความเข้าใจ การยอมรับฟัง รวมทั้งความรู้สึกพึงพอใจทางอารมณ์และความสัมพันธ์ทางเพศจากสามีหรือภรรยา 4) ด้านความสัมพันธ์กับทีมจิตเวช เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือการสนับสนุน ความเข้าใจ การยอมรับฟัง รวมทั้งความพึงพอใจกับข้อมูลที่รับได้จากทีมจิตเวช 5) ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุน ความเข้าใจและยอมรับฟังจากสมาชิกในครอบครัว 6) ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุน ความเข้าใจและยอมรับฟังจากเพื่อน และ 7) ด้านภาระทางด้านทรัพยากรสนับสนุน เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความขาดแคลนวัสดุสิ่งของและปัจจัยต่างๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในแต่ละด้าน ดังนี้ 1. ด้านความผาสุกทางกายและจิตใจ ผลจากการดูแลผู้ป่วยพบว่า การที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกเหน็ดเหนื่อย หดแรงแรง รวมถึงมีการพักผ่อนไม่เพียงพอ (บุบผา ธนิกกุล, 2554) เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการและสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารมากกว่าเดิม หรือรับประทานอาหารได้น้อยลง หรือเบื่ออาหาร บางรายมีอาการเป็นโรคกระเพาะอาหาร นอนไม่หลับ รู้สึกอ่อนแอ ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลตัวเองจนสุขภาพเสื่อมโทรม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ผู้ดูแลบางรายได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้าย (รจนา ปุณโณทก, 2550) และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเศร้า ทุกข์ใจ เมื่อไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557) 2. ด้านภาระทางด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลจากการดูแลผู้ป่วยพบว่า การที่ผู้ดูแลพยายามให้ความช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลายาวนาน โดยที่ไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดลงเมื่อใด ทำให้

ผู้ดูแลมีชีวิตอยู่กับสภาพจิตใจที่บอบช้ำ ตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา ควบคู่กับความรู้สึกหมดกำลังใจ มีความเครียดกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทนำไปสู่การแสดงอารมณ์ต่อกันมากขึ้น (สายใจ พัวพันธ์, 2553) การที่ต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและขณะเดียวกันก็ต้องทำบทบาทอื่นด้วยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต มีผลกระทบต่อการทำงาน การบริหารเวลาและกิจกรรมทางสังคมของผู้ดูแล การพักผ่อนหย่อนใจก็ลดลง แยกตัวจากสังคม และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Sethabouppha, 2002) 3. ด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส ผลจากการดูแลผู้ป่วยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาได้รับผลกระทบมากที่สุด เนื่องจากทำให้เกิดความรู้สึกว่าความห่วงใยและเอื้ออาทรฉันท์สามีภรรยาเปลี่ยนไปซึ่งสร้างความทุกข์ใจให้กับผู้ดูแลอย่างมาก (Berg, 2002) 4. ด้านความสัมพันธ์กับทีมจิตเวช ผลจากการดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้ดูแลที่ไม่พึงพอใจต่อบริการของทีมจิตเวชมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ดูแลที่พึงพอใจต่อบริการ (Berg, 2002; Wong, Lam, Chan, & Chan, 2012) 5. ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว ผลจากการดูแลผู้ป่วยพบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไป เกิดความคลุมเครือในการทำบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ผู้ดูแลมีความเหน็ดเหนื่อยและเครียดจากการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความขัดแย้งกันในครอบครัว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในการดูแลส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างทั้งในส่วนของความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิต ผู้ดูแลยังต้องคอยเฝ้าระวังความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวและคนในชุมชน (สายใจ พัวพันธ์, 2553) 6. ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ผลจากการดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้ดูแลรู้สึกว่ตนไม่สามารถไปสังสรรค์กับเพื่อนฝูงได้ รู้สึกว่าตนเองถูกแยกตัวจากสังคมและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (บุบผา ธนิกกุล, 2554) ขาดความเป็นอิสระ ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เหมือนเดิม เนื่องจากไม่สามารถทอดทิ้งผู้ป่วยจิตเภทไว้ตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง (Ip & Mackenzie, 1998) และ 7. ด้านภาระทางด้านทรัพยากรสนับสนุน ผลจากการดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ (Doornbos, 2002) เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพหลักเพื่อสร้างฐานะทางเศรษฐกิจของตนเอง (ลิธัญ ชูโต, 2553) อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมักจะถูกกีดกันออกจากสังคม จึงทำให้ขาดการสนับสนุนทางสังคม (ต้นติมา ด้วงโยธา, 2553)

การขาดคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังจะเห็นได้จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ (2545) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 80 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 2.50 มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ สอดคล้องกับ เอมิกา กลยณี (2556) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทในเขตภาคกลาง พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ร้อยละ 68.5 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 0.7 มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ นอกจากนี้ Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai (2006) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 66.67 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ประเทศชูดาน มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (Awadalla, Ohaeri, Salih, & Tawfiq, 2005) นอกจากนี้ Boyer et al. (2012) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการเปรียบเทียบข้ามวัฒนธรรมระหว่างผู้ดูแลชาวชิลีและฝรั่งเศส ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งสองประเทศอยู่ในระดับต่ำ หากผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทไม่ได้รับการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นจะทำให้ผู้ดูแลมีความเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และ ปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ์, 2557) ซึ่งเกิดจากความเครียดในการดูแลโดยตรง (Baker, 1989) โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 41 มีคะแนนการประเมินภาวะสุขภาพเข้าเกณฑ์ที่น่าจะเป็นโรคทางจิต (วิตกกังวล หรือ ซึมเศร้า) (Hayes, Hawthorne, Farhall, O'Hanlon, & Harvey, 2015) และจากการศึกษายังพบอัตราความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงถึงร้อยละ 38-70 อีกด้วย (Moller et al., 2009) ซึ่งส่งผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย (Eakes, 1995) ทำให้เกิดเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและผู้ป่วยเกิดการกลับเป็นซ้ำมากขึ้นตามมา (Lubkin, 1986)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย ภาวะในการดูแลผู้ป่วย ($r = -.629$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .605$) ความเข้มแข็งในการมองโลก ($r = .583$) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($r = .564$) อายุของผู้ดูแล ($r = -.464$) และสัมพันธภาพในครอบครัว ($r = .430$) (เอมิกา กลยนิ, 2556) จากปัจจัยดังกล่าวพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Boyle et al., 2000; Jones & Peters, 1992) และการสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Ergh, Rapport, Coleman, & Hanks, 2002; Goode, Haley, Roth, & Ford, 1998) จากผลการศึกษาของ Yeh et al. (2008) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 68.2 ต้องการการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต่ำถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยและจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก (Hayes et al., 2015; Nijboer, Tempelaar, Triemstra, Van den Bos, & Sanderma, 2001) การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังถือเป็นภาระที่หนักยิ่ง ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ล้วนต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (The WHOQOL Group, 1996) และการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ และสภาพอารมณ์ที่มีต่อความเครียดจากการดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Bengtsson-Tops A. & Hansson L., 2001; Ergh et al.,

2002; Haley, Levine, Brown, & Bartolucci, 1987; Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai, 2006; Schumacher, Dodd, & Paul, 1993; Vedhara, Shanks, Anderson, & Lightman, 2000; Winslow, 1997)

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ตามแนวคิดของ House (1981) หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันในด้านต่างๆ จำแนกออกเป็นการสนับสนุน 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถามรับฟังความรู้สึก 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) เป็นการรับรู้และประเมินค่าสถานการณ์ ส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เลือกใช้การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำ และให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน เวลา รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการ นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลที่มีปัญหาคล้ายๆ กันมาเข้าร่วมกิจกรรมด้วยกันตามแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นของแต่ละคนร่วมกันและสามารถนำวิธีการแก้ปัญหาที่ได้มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและอุปสรรคของตนเอง และการเข้าร่วมกลุ่มซึ่งมีสมาชิกในกลุ่มมีประสบการณ์หรือประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ยังเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรู้สึกเข้าใจซึ่งกันและกัน เกิดการประคับประคองทางจิตใจต่อกัน เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่อกัน อันจะเป็นการส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังขาดการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ดังเช่น การศึกษาของ Magliano et al. (2006) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ รวมถึงการช่วยเหลือจากสังคมเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะฉุกเฉินต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และ Magliano et al. (2005) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังได้รับการสนับสนุนข้อมูลความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพน้อย นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Crotty and Kuly (1986) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขาดการสนับสนุนด้านอารมณ์จากสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว และ Magliano et al. (1998) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่ามีความสอดคล้องกับต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ นิศากร แก้วพิลา (2545) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทยังขาดการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆ นอกจากนี้ผลการศึกษาของ ดร.ณิ คชพรหม (2543) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังขาดการสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการศึกษาของ สมพร รุ่งเรือง

กลกิจ และ กฤตยา แสงเจริญ (2547) พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังขาดการช่วยเหลือจากองค์กรเครือข่ายในชุมชน เนื่องจากยังมีเครือข่ายทางสังคมจำนวนน้อย

จากข้อมูลดังกล่าวมาแล้วข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวในประเทศไทยยังขาดการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้เกิดการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทยังมีจำกัด ซึ่งพบเพียงการศึกษาของ เตือนแรม ยศปัญญา (2555) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวมุ่งเน้นการจัดกระทำต่อปัจจัยความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ดูแลเท่านั้น ยังไม่พบว่ามีการจัดกระทำต่อปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว โดยผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ตามแนวคิดของ House (1981) และ Marram (1978) ขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมตรงกับความต้องการที่จำเป็น จะสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวได้อย่างราบรื่น สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น จะเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วย ป้องกันครอบครัวแตกแยกล่มสลาย และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งไว้ในโรงพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์ (ลิธฎ ชูโต, 2553) และการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้ดีขึ้นและการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai, 2006) นอกจากนี้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สุณีย์ แสงดาว, 2554) และช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว (สุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2558) ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรคจิตเภทจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ (พิเชษฐ์ อดุมรัตน์ & สรยุทธ วาสิคนานนท์, 2552) เป็นโรคที่ก่อปัญหาและส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยมีสมาชิกในครอบครัวรับบทบาทหลักในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จนส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวันของผู้ดูแลเป็นอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (Adamac, 1996; Ganguly et al., 2010) การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานถือเป็นภาระที่หนักยิ่ง ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังล้วนต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (The WHOQOL Group, 1996) จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ (เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ, 2545; เอมิกา กลยณี, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ คือ การสนับสนุนทางสังคม โดยมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Boyle et al., 2000; Jones & Peters, 1992) และยังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Ergh et al., 2002; Goode et al., 1998) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 68.2 ต้องการการสนับสนุนทางสังคม (Yeh et al., 2008) นอกจากนี้ยังพบว่าระดับคุณภาพชีวิตจะต่ำถ้ากลุ่มผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยและจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก (Hayes et al., 2015; Nijboer et al., 2001) แนวทางหนึ่งที่สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ คือ การให้การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ตามแนวคิดของ House (1981) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร เพราะการสนับสนุนทางสังคมถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่สามารถให้การส่งเสริมได้ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Helgeson, 2003) นอกจากนี้การนำกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ซึ่งประกอบด้วย 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุด มาช่วยให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาและสามารถ

นำวิธีการแก้ปัญหาที่ประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของตนเอง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาประยุกต์เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม มี 6 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที มีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินค่าสถานการณ์และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา เป็นการสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ ยินดีที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกกับผู้ดูแลในกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกเข้าใจกันและกันมากขึ้น และกล้าเปิดเผยเรื่องราวของตน เข้าใจวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว (สายใจ พัวพันธ์, 2553) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยตลอดเวลา (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ & สรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเผชิญต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้และประเมินค่าสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแล มีการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านภาระทางด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา และฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman, 1984) ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและความมั่นใจในการเลือกจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Bengtsson-Tops A. & Hansson L., 2001)

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด เป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ การที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดความรู้สึกเครียด ซึ่งเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) ส่งผลกระทบให้เกิดความกดดันด้านจิตใจ ซึ่งอาจขัดขวางกระบวนการปรับตัวของผู้ดูแล ทำให้เกิดการปรับตัวที่ไม่ดีหรือไม่สามารถปรับตัวได้ (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) ทำให้มีความขัดแย้งกันภายในครอบครัวได้เสมอ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ผู้วิจัยจัดให้ความรู้เรื่องความเครียดและสาเหตุวิธีการจัดการกับความเครียดให้ผู้ดูแล เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์กับทีมจิตเวช ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางและสามารถเลือกวิธีในการจัดการกับความเครียดได้ ให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดทักษะการจัดการความเครียด นอกจากนี้ในระหว่างการฝึกปฏิบัติที่บ้านให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับสมาชิกในครอบครัว คู่สมรสและเพื่อนโดยเป็นกิจกรรมที่สามารถดำเนินการร่วมกันในชีวิตประจำวัน ช่วยบรรเทาความเครียดที่มีอยู่ในร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พนม เกตุมาน, 2550) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางกายและจิตใจ

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว

เป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรแสดงออกทางอารมณ์อย่างสมดุล และทำความเข้าใจข้อจำกัดในการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1986) ผู้วิจัยจึงจัดให้ผู้ดูแลทราบถึงผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและให้ผู้ดูแลได้พูดคุยกับคู่สมรส ครอบครัว และเพื่อน เมื่อกลับบ้านเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับและให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น และทำความเข้าใจสาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม สอนวิธีการจัดการกับอารมณ์ และให้ฝึกทักษะการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการแสดงออกถึงความไม่พอใจ หรือไม่เห็นชอบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส ครอบครัว และเพื่อน ซึ่งจะส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคนกลุ่มนี้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว และมีกำลังใจในการทำบทบาทผู้ดูแล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2558)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล

เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไปมักไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ การวินิจฉัยและผลกระทบจากความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว แต่จะมีการให้การดูแลกันตามความเชื่อที่ผิดๆ ไม่มีเหตุผลในการปฏิบัติดูแล จึงต้องให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การดูแลรักษา อาการข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการนำ อาการเตือนและวิธีการจัดการกับปัญหา เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาการเจ็บป่วย รับรู้ข้อจำกัดของโรคจิตเภท มีความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง (Anderson et al., 1986) การแก้ไขความเชื่อที่ผิดๆ เป็นประโยชน์ในการวางแผนการช่วยเหลือ เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์กับทีมจิตเวช และให้ผู้ดูแลนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันเมื่อกลับบ้าน เพื่อให้คู่สมรสและครอบครัวร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วย และยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าวกับสมาชิกผู้ดูแล เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลอยู่ร่วมกันในครอบครัวได้อย่างมีความสุขมากยิ่งขึ้น (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางกายและจิตใจ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน

เป็นการสนับสนุนด้านทรัพยากร การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของคนอื่น (Anderson et al., 1986) การเสริมทักษะด้านการสื่อสารแก่ผู้ดูแลช่วยลดการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (Kausar & Nasr, 2009) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลศึกษาสถานการณ์จำลองการสื่อสารทางลบพร้อมทั้งร่วมกันแสดงความ

คิดเห็น และให้ฝึกทักษะการสื่อสารทางบวกกับผู้ป่วย คู่สมรส ครอบครัวและเพื่อนต่อเมื่อกลับบ้าน เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส ครอบครัว และเพื่อน จากนั้นให้สมาชิก แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชน ผู้วิจัยให้ข้อมูลถึง แหล่งสนับสนุนรวมถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ เป็นการเพิ่ม คุณภาพชีวิตด้านภาระทางด้านทรัพยากรสนับสนุน และผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ดูแลรู้จักกับเครือข่ายการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ เช่น ทีมจิตเวช เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์กับทีมจิตเวช ทำให้ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่แยกจากสังคมหรือชุมชน (Brandt & Weinert, 1985) ช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ทำให้การรับรู้คุณภาพ ชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น (Thompson & al, 1993)

กิจกรรมที่ 6 สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้ประเมินการเปลี่ยนแปลง ของตนเองว่าได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวอย่างไรบ้างรวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยการแลกเปลี่ยนกับผู้ดูแลในกลุ่มและให้ร่วมเป็น เครือข่ายในการให้การช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการสร้างเครือข่ายทางสังคมจะช่วยทำให้เกิด การช่วยเหลือกันในกลุ่ม ส่งผลต่อการประคับประคองจิตใจ ทำให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552)

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบ กลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบ การศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้ คือ

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับวินิจฉัยตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ที่พาผู้ป่วยมารับบริการหรือมารับยาแทนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ ในเขต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับวินิจฉัยตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ที่พาผู้ป่วยมารับบริการหรือมารับยาแทนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

ตัวแปร ที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การรับรู้ถึงสภาวะของตนเองซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทำให้เกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจภายใต้เป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล และการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่างๆ ในชีวิต โดยมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 7 ด้าน สามารถประเมินได้จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยแปลมาจาก The Schizophrenia Caregiver Quality of Life questionnaire (S-CGQoL) ของ Richieri et al. (2011) ซึ่งมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 7 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความผาสุกทางกายและจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสภาพทางกายและทางจิตใจของตนเองโดยมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย ความสามารถในการทำงาน การพักผ่อนนอนหลับ ความสามารถในการตัดสินใจ ความมั่นใจในตนเอง ความรู้สึกสบายกายและสบายใจ
2. ด้านภาระทางด้านจิตใจและชีวิตประจำวัน หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกลำบากใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ความรู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวันของตนเอง
3. ด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุน ความเข้าใจ การยอมรับฟัง รวมทั้งความรู้สึกพึงพอใจทางอารมณ์และความสัมพันธ์ทางเพศจากสามีหรือภรรยา
4. ด้านความสัมพันธ์กับทีมจิตเวช หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือการสนับสนุน ความเข้าใจ การยอมรับฟัง รวมทั้งความพึงพอใจกับข้อมูลที่ได้รับจากทีมจิตเวช
5. ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุน ความเข้าใจและยอมรับฟังจากสมาชิกในครอบครัว
6. ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือการสนับสนุน ความเข้าใจและยอมรับฟังจากเพื่อน

7. ด้านภาระทางด้านทรัพยากรสนับสนุน หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความขาดแคลนวัสดุสิ่งของและปัจจัยต่างๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตและได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) และได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว และมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทโดยเกี่ยวข้องเป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการดูแล และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำลงมา

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยพัฒนามาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) ซึ่งประกอบด้วย 1) ระยะเวลาสัมพันธ์ภาพ 2) ระยะเวลาดำเนินการ และ 3) ระยะเวลาสิ้นสุด ในแต่ละกิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่มแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 6 กิจกรรม จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 90 นาที โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ การประเมินค่าสถานการณ์และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยจัดให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนมุมมองของตนเองต่อ สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสอบถามผู้ดูแลและสรุปประเด็นถึงการประเมินค่าสถานการณ์นั้น และประเมินต่อในชั้นหุติยภูมิ เพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้น โดยเลือกใช้วิธีการแก้ไขปัญหา 2 แบบ คือ แบบมุ่งเน้นแก้ปัญหา และแบบมุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์ ให้ความรู้เรื่องการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล และฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล

การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยจัดให้ผู้ดูแลร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วย วิธีการจัดการกับความเครียดและผลลัพธ์ที่ได้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของความเครียด ผลกระทบจากความเครียด วิธีการจัดการกับความเครียดในรูปแบบต่างๆ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่ผู้ดูแลสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยจัดทำสถานการณ์สมมุติขึ้น และให้ผู้ดูแลช่วยกันให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ จากนั้นสรุปสาเหตุและผลกระทบที่เกิดจากการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม สอนวิธีการควบคุมอารมณ์ และให้ฝึกทักษะการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมต่อกัน

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยจัดให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเรื่องโรคจิตเภท การรักษา อาการข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการนำอาการเตือน และวิธีการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการดูแลจากการจัดการกับปัญหาจากตัวอย่างพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

การสนับสนุนด้านทรัพยากร ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยจัดให้ผู้ดูแลศึกษาสถานการณ์จำลองการสื่อสารทางลบร่วมกันแสดงความคิดเห็นและฝึกทักษะการสื่อสารทางบวก และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชน ผู้วิจัยให้ข้อมูลถึงแหล่งสนับสนุนและแนะนำเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ และวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ

และกิจกรรมที่ 6 สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแลทบทวน ความรู้และทักษะต่างๆ ที่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรม ประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ว่าได้นำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ช่วยกันตอบปัญหาและเป็นที่ปรึกษาระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน ช่วยให้ผู้ดูแลมีการช่วยเหลือกัน ร่วมเป็นเครือข่ายในการให้การช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา ปฏิบัติต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการ ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองประเมินอาการ การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ดูแล การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เช่น การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา วิธีสังเกตอาการเตือนอาการนำก่อนอาการกำเริบ วิธีการใช้ยาจิตเวช การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย วิธีการผ่อนคลายเครียด การให้สุขภาพจิตศึกษาในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการส่งต่อแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างมีความสุข

2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลโดยเน้นการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอันจะช่วยให้เกิดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ สรุปเนื้อหาและสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุ อาการ และการดำเนินของโรค
- 1.3 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
- 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 แนวคิดการดูแลในครอบครัว
- 2.2 ความหมายของผู้ดูแล
- 2.3 ประเภทของผู้ดูแล
- 2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
- 2.6 การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
- 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 3.3 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 3.4 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 4.1 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
- 4.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม
- 4.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

5. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม

- 5.1 แนวคิดกระบวนการกลุ่ม
- 5.2 องค์ประกอบของกระบวนการกลุ่ม

5.3 ระยะเวลาดำเนินการกลุ่ม

6. การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่พบบากที่สุดในบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด โดย Eugen Bleuler เป็นผู้ตั้งชื่อโรคนี้ว่า Schizophrenia ในปี ค.ศ. 1911 และใช้มาจนถึงปัจจุบัน คำว่า Schizophrenia เป็นคำที่มาจากภาษากรีก โดย “skhizo” หมายถึง การแยกออก (split) และ “phren” หมายถึง จิตใจ (mind) เมื่อมารวมกันเป็นคำว่า Schizophrenia จึงหมายถึง คนที่มีจิตใจแตกแยก Bleuler เน้นว่าโรคนี้เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (thought process) โดยไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง จากการศึกษาอุบัติการณ์พบว่าโรคนี้เกิดในผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-34 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จัดเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข และมีอัตราการป่วยซ้ำสูง

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันท์ (2552) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของอาการหลายด้าน คือ ความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัสและพฤติกรรม โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานมากกว่า 6 เดือน และไม่มีอาการด้านอารมณ์เด่นชัด

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) กล่าวว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเกิดขึ้นเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยต้องไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของความคิด ซึ่งเป็นลักษณะเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของสมองส่วนใดมาเกี่ยวข้อง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2018) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีลักษณะของการบิดเบือนในการคิด การรับรู้ อารมณ์ ภาษา ความรู้สึกของตนเองและพฤติกรรม ประกอบด้วยสิ่งที่พบเห็นได้โดยทั่วไป คือ อาการประสาทหลอน การได้ยิน การเห็น หรือรู้สึกถึงสิ่งที่ไม่อยู่ในที่นั้น อาการหลงผิด การมีความเชื่อที่ไม่เป็นจริงและไม่สามารถแก้ไขได้ แม้ว่าจะมีหลักฐานแสดงให้เห็นในทางตรงกันข้าม พฤติกรรมผิดปกติ มีลักษณะแปลก ๆ การละเลยไม่สนใจตัวเอง การพูดซึ่งขาดเหตุผลหรือความหมายที่สัมพันธ์กันระหว่างคำ ข้อความ หรือประโยคอย่างไม่มีจุดหมาย การพูดพึมพำหรือหัวเราะกับตัวเองโดยไม่มีเหตุผล

จากความหมายดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม โดยไม่มีโรคทางร่างกายหรือสมอง และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน

1.2 สาเหตุ ลักษณะอาการ และการดำเนินของโรค

1.2.1 สาเหตุของโรคจิตเภท ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากหลายปัจจัย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ดังนี้

1.2.1.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา

1.2.1.1.1 พันธุกรรม ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทพบว่าญาติพี่น้องของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไปร้อยละ 10-16 (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) ยิ่งใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสที่จะเป็นโรคนี้อีกสูง ส่วนใหญ่พบว่าโรคจิตเภทมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม

1.2.1.1.2 ระบบสารเคมีในสมอง โรคจิตเภทเกิดจาก Dopamine hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ postsynaptic receptor เนื่องจากยารักษาโรคนั้นออกฤทธิ์โดยการไปปิดกั้น dopamine receptor type 2 (D2 antagonist) และสารสื่อประสาทชนิด serotonin พบว่าการทำงานของ serotonin-2 (5-HT_{2A}) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ serotonin

1.2.1.1.3 กายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ทำให้มวลของสมองมีปริมาณน้อยลง ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และ prefrontal lobe ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ สมาธิ การแสดงออกทางอารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (สมภพ เรืองตระกูล, 2553)

1.2.1.1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลง บริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe

1.2.1.2 ปัจจัยด้านสังคมและครอบครัว

1.2.1.2.1 การเลี้ยงดูบางรูปแบบทำให้เด็กโตขึ้นกลายเป็นผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ในครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed emotion) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ มีท่าทีไม่เป็นมิตร จู้จี้กับผู้ป่วยมากเกินไป ส่งผลให้โรคกำเริบ

1.2.1.2.2 การมีเศรษฐกิจที่ต่ำ ผู้ป่วยจิตเภทพบมากในประชากรที่มีฐานะยากจน เนื่องจากต้องเผชิญกับสภาวะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้ไม่สามารถดำรงชีพอยู่ในสถานภาพเดิม (Downward drift hypothesis) หรือสภาพสังคมที่บีบคั้นทำให้คนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Social causation hypothesis) (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

ในปัจจุบันโรคจิตเภทยังไม่สามารถสรุปสาเหตุของการเกิดโรคได้อย่างแน่ชัด แต่มีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านสังคมและครอบครัว ซึ่งพยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องรวบรวมข้อมูลต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสม

1.2.2 ลักษณะอาการของโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทย์อเมริกัน (Association, 1994) แบ่งอาการของโรคออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1.2.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptom) เป็นอาการแสดงออกถึงความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ คำพูดและพฤติกรรม โดยมีลักษณะแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล มีอาการดังนี้

1.2.2.1.1 อาการหลงผิด (Delusion) เป็นความเชื่อที่ไม่เป็นจริงและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้โดยการใช้เหตุผล แม้ว่าจะมีหลักฐานมาสนับสนุน มีความผิดปกติของการรับรู้ อาการที่แสดงออกชนิดที่พบได้บ่อย คือ หลงผิดคิดว่ามีคนมาบงการร้าย (delusion of persecution) และหลงผิดคิดว่ามีคนพูดเรื่องราวของตนเอง (delusion of reference)

1.2.2.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้ที่ปราศจากสิ่งเร้าภายนอก อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการหูแว่ว อาจเป็นเสียงหรือคำพูดหรือคำสั่ง บางครั้งเป็นเสียงคนเดียวหรือหลายๆ คน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆ หรืออาจพูดโต้ตอบด้วย

1.2.2.1.3 ความผิดปกติของความคิดและคำพูด (Disorganized thinking and speech) ผู้ป่วยมักขาดการเชื่อมโยงของความคิดและคำพูด ไม่สามารถลำดับความคิดเป็นขั้นตอนได้ ทำให้พูดไม่ต่อเนื่องเป็นเรื่องราว บางครั้งอาจพูดเป็นคำๆ ไม่เป็นประโยคที่มีความสัมพันธ์กันจนอาจฟังไม่รู้เรื่อง

1.2.2.1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม (Disorganized behavior) มีพฤติกรรมแสดงออกที่ผิดแปลกไปจากเดิมอย่างมาก เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน ซึ่งมักมีพฤติกรรมวุ่นวาย ก้าวร้าว อยู่ไม่นิ่ง ส่งเสียงร้องตะโกน ด่าหยาบคาย ไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

1.2.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptom) คือ การแสดงพฤติกรรมน้อยลงกว่าที่คนทั่วไปควรมี จะไม่ค่อยส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างเหมือนกับอาการด้านบวก มีอาการดังนี้

1.2.2.2.1 อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงและไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ผู้ป่วยมักแสดงสีหน้าเรียบเฉย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก

1.2.2.2.2 พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ผู้ป่วยจะพูดน้อยลง เนื้อหาที่พูดมีน้อยตอบคำถามสั้นๆ ใช้เวลานานกว่าจะตอบและไม่สนใจตอบคำถาม

1.2.2.2.3 ขาดความกระตือรือร้น (avolition) ผู้ป่วยขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยช้าลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

1.2.2.2.4 เก็บตัว (Asociality) ผู้ป่วยมีอาการเก็บตัว เฉยเฉย ไม่ค่อยแสดงออก ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

1.2.3 การดำเนินของโรค โดยทั่วไปแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ (American psychiatric association, 1994) ดังนี้

1.2.3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ความผิดปกติมักจะไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน

1.2.3.2 ระยะแสดงอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการทางบวก ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงเป็นพักๆ จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมาพร้อมกับมีอาการหวาดระแวงและปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา

1.2.3.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบแต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จะมีลักษณะอาการคล้ายกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่าแต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวกจะลดความรุนแรงลงและขณะเดียวกันกลุ่มอาการด้านลบจะมีมากขึ้น ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ได้ ผู้ป่วยมักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ จะเกิดระหว่าง 5 ปีแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท

1.3 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท การรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะอาการและความรุนแรงของโรค ได้ 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ดังนี้

1.3.1 การรักษาในระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง หรือมีปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุม

อาการให้สงบด้วยเร็ว เน้นการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมจิตเวชเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1.3.1.1 การรักษาด้วยยา ยารักษาโรคจิตเป็นยาหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป จะเห็นผลการรักษาชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างการใช้ยาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากยา จึงต้องระมัดระวังการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละราย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะควบคุมอาการ (Acute phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว อาการรบกวนหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปจะดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกซึ่งเป็นผลมาจากยา ส่วนอาการทางจิตนั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

2) ระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) หลังจากที่อาการสงบแล้วผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบซ้ำและควรได้รับในขนาดเดิม

3) ระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงต้องได้รับยาต่อเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ หากผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยาจึงมีความสำคัญ

1.3.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจน เช่น มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบค้างแข็ง (Catatonic) การรักษาจะทำเป็นชุด ชุดละประมาณ 6-12 ครั้ง โดยแบ่งทำสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ สับสน พบได้ในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษา ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืม เมื่อหยุดทำการรักษาอาการหลงลืมจะค่อยๆ ดีขึ้นและหายไปภายใน 3-6 เดือน

1.3.1.3 การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วย โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจใช้วิธีการผูกยึดหรือจำกัดบริเวณ หรือพิจารณาฉีดยาควบคุมอาการร่วมด้วย โดยในระยะนี้ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจึงพิจารณายุติการผูกยึดหรือจำกัดบริเวณ

1.3.1.4 การรักษาด้านจิตสังคม ถือเป็นส่วนสำคัญในการรักษาเนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ผู้ป่วยจะอาการดีขึ้นแล้วแต่ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ ประกอบด้วย

1) จิตบำบัด เป็นวิธีการบำบัดแบบประคับประคอง ผู้รักษาต้องตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริงและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการ ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดัน โดยดำเนินการทั้งรายบุคคล รายกลุ่มหรือครอบครัวตามความเหมาะสม

2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงอารมณ์เพื่อให้การทำหน้าที่ในครอบครัวดีขึ้น

3) กลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

1.3.2 การรักษาในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิต โดยเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมมี 2 ลักษณะ คือ การบำบัดรายบุคคล และการบำบัดแบบกลุ่ม ทั้ง 2 ลักษณะมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้และใช้ศักยภาพของตนเองให้มากที่สุด แต่การบำบัดแบบกลุ่มจะอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น ช่วยลดการแยกตัวจากสังคมลงได้ ดังนี้

1.3.2.1 การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว ไม่ดูแลตนเอง แยกตนเอง เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกการแสดงออก การจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้จากต้นแบบ

1.3.2.2 การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่นั้น การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยให้ผู้รักษาเป็นคนกลาง

1.3.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาล เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน การรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเอง โดยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ถูกต้อง ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้ การรักษาแบบคงสภาพ เป็นสิ่งจำเป็นมากเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ออกฤทธิ์นาน ซึ่งออกฤทธิ์นาน 2-4 สัปดาห์ต่อการฉีด 1 ครั้ง หลังจากอาการทางจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อเนื่องไปอีกหนึ่งปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว หากเป็นบ่อยกว่านี้ต้องให้ยาต่อเนื่องไปตลอด

จะเห็นได้ว่าในการรักษาโรคจิตเภทนั้นมีหลายแนวทาง ซึ่งล้วนมีความสำคัญทุกทางในการรักษาตั้งแต่ระยะอาการกำเริบจนถึงระยะอาการคงที่ ซึ่งการรักษาจะเน้นการป้องกันอาการกำเริบของโรค

1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจำเป็นต้องให้การพยาบาลในลักษณะตรงไปตรงมา เพราะผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีปัญหาด้านการรับรู้ การพูดยาวหรือพูดอ้อมค้อมจะทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือนไปและแปลความหมายในสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น นอกจากนี้สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ เนื้อหาสาระที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย หลักการพยาบาลทั่วไปและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1.4.1 หลักการพยาบาลทั่วไป ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (สุวณีย์ เกียรติแก้ว, 2554) คือ

1.4.1.1 การพยาบาลทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทโดยส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านการดูแลสุขอนามัยของตนเอง เช่น ไม่ยอมอาบน้ำ แปรงฟันเป็นเวลาหลายวัน แต่งตัวสกปรกไม่ยอมเปลี่ยนเสื้อผ้า พยาบาลจึงต้องเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยดูแลตนเองเรื่องความสะอาดและสุขอนามัยทั่วไป หากผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงไม่ยอมดื่มน้ำหรือรับประทานอาหาร พยาบาลต้องเฝ้าระวังภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติชนิดคงอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งหรือหุนหันขี้นิ่ง มักจะมีปัญหาหากล้มเนื่องจากหกล้มและขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนท่าทางให้ผู้ผู้ป่วยไม่ค่อมปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิมนานๆ

1.4.1.2 การพยาบาลทางด้านความคิด สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท คือ การหาความหมายของความคิด อาจทำได้ด้วยการสนทนาและสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความคิดของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การพยาบาลที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การให้ความจริงและการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality)

1.4.1.2.1 การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น ซึ่งบางครั้งความคิดของผู้ป่วยที่ถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมอาจทำให้ผู้อื่นไม่เข้าใจ ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความแปรปรวนของคำพูดและพฤติกรรม พยาบาลจะต้องหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ โดยฟังสาระที่ผู้ป่วยพูด การสังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วยด้วย

1.4.1.2.2 การส่งเสริมให้ความจริงกับผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความประสาทหลอนนั้น พยาบาลต้องส่งเสริมให้ความจริงกับผู้ป่วย เช่น ถ้าผู้ป่วยเห็นภาพในขณะที่

พยาบาลไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงกับผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึกของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็นในขณะเดียวกันก็บอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้น เป็นต้น

1.4.1.3 การพยาบาลทางด้านจิตใจอารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น อารมณ์ราบเรียบนิ่งเฉย ไม่สบตา แสดงอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ผิดปกติต่างๆ ของผู้ป่วย ร่วมกับการเสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.4.1.4 การพยาบาลทางด้านสังคม ปัญหาด้านสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไขเพราะต้องใช้ระยะเวลา เช่น ผู้ป่วยไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่สนใจผู้อื่น แยกตัวอยู่คนเดียว เป็นต้น พยาบาลต้องประเมินความสามารถทางสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและเสริมสร้างทักษะทางสังคมบนพื้นฐานที่มีอยู่ของผู้ป่วยแต่ละราย

1.4.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

1.4.2.1 การประเมินสภาพปัญหา

1.4.2.1.1 การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาดการดูแลและการเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ได้รับสารอาหารสารน้ำ การพักผ่อน พยาบาลใช้การสังเกต สัมภาษณ์ และตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย พยาบาลใช้การสังเกต และการสัมภาษณ์ และตรวจสอบทั่วไป

1.4.2.1.2 การประเมินด้านความคิด มีความผิดปกติระดับใด อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดโดนปองร้ายมีหรือไม่ ความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือ หรือระมัดระวังเพียงใด

1.4.2.1.3 การรับรู้ของผู้ป่วย ระดับการรับรู้ของผู้ป่วย อาการประสาทหลอน ระยะเวลาที่เกิดและตอบสนอง เพื่อกำหนดแนวทางช่วยเหลือ

1.4.2.1.4 พฤติกรรมของผู้ป่วย มีการแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร อาการย้ำคิดย้ำทำไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอนต้องได้รับการช่วยเหลือ

1.4.2.1.5 ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจอย่างเร่งรีบหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.4.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยพยาบาล ในผู้ป่วยจิตเวช ควรพิจารณาทั้งสภาพทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและสัมพันธภาพ ลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท มีตัวอย่างดังนี้

- 1) ร่างกายสกปรก ไม่สนใจดูแลสุขอนามัยของตน
- 2) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

1.4.2.3 การวางแผนการพยาบาล แบ่งเป็นการวางแผนระยะสั้นและระยะยาวโดยเน้นหลักการดังนี้

1.4.2.3.1 การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือระยะแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่มีอาการจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆ ดังนี้

- 1) การดูแลความปลอดภัยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง
- 2) การดูแลสภาพร่างกาย การได้รับสารน้ำอาหาร การพักผ่อน และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้
- 3) การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ได้รับยาถูกต้องปลอดภัย สังเกตและระวังอาการ ที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียง
- 4) การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่มสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจไว้วางใจสนับสนุน ความเข้าใจไว้วางใจสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์ และทักษะการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นทั้งรายบุคคล และเป็นกลุ่ม
- 5) พัฒนาการปรับตัวการมองตนเอง และการมองโลกในทางที่ดี
- 6) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้ากำหนดการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ การป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและภาวะสับสนมึนงง

1.4.2.3.2 การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต

- 1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพและการบำบัดอย่างต่อเนื่องเน้นการใช้ยาอย่างถูกต้อง การรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่างๆ เน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล
 - 2) การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม
 - 3) การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน
- หน่วยงานใกล้เคียง

1.4.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลโดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม

1.4.2.4.1 เสริมสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ

1.4.2.4.2 ลดความวิตกกังวล ด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการ
เผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1.4.2.4.3 รักษาสมดุลด้านชีววิทยา

1.4.2.4.4 ใช้ความคงเส้นคงวา ชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร

1.4.2.4.5 ใช้หลักสัมพันธภาพในการบำบัด

1.4.2.4.6 นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่

เหมาะสม

1.4.2.4.7 ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียงในช่วง

ที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

1.4.2.5 การประเมินผล ผลการประเมินควรพิจารณา ดังนี้

1.4.2.5.1 ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นใน
ภาวะไม่รู้สติ

1.4.2.5.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา
และการบำบัดทางชีวภาพ

1.4.2.5.3 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น

1.4.2.5.4 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น

1.4.2.5.5 ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคล
อื่นและสังคมดีขึ้น

1.4.2.5.6 ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัว
ดีขึ้น

1.4.2.5.7 ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

โดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องมีความรู้
ความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม
การประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมในทุกๆ ด้าน จะส่งผลให้พยาบาลเกิดความเข้าใจในผู้ป่วย
แต่ละราย เพื่อให้การพยาบาลตามปัญหา ความต้องการ และระยะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายได้
อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.5.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

อรพรรณ ลีอนุธวัชชัย (2554) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทใน
ชุมชน ว่าหมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
และสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถ

เผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน เน้นการพัฒนาสุขภาพจิตการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่า ในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

WHO (2001 อ้างถึงใน เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2555) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ซึ่งมีความต้องการได้รับการดูแล จะมีโอกาสได้รับการรักษาอยู่ในชุมชน โดยที่การดูแลไม่ใช่เป็นเพียงการบริการใดๆ ที่ให้ระดับท้องถิ่นและสามารถเข้าถึงได้เท่านั้น แต่จะต้องเป็นบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยแต่ละรายด้านด้วย นอกจากนี้ ควรเป็นบริการที่มีเป้าหมายในการเสริมสร้างพลังอำนาจและมีการใช้เทคนิคการบำบัดซึ่งมีประสิทธิภาพที่จะช่วยให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการส่งเสริมให้มีทักษะในการช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งการใช้ระบบสนับสนุนอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัวและกลไกสนับสนุนอย่างเป็นทางการ อื่นๆ ที่มีอยู่

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการพึ่งตนเองเพื่อการอยู่ร่วมกัน ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้มีความสามารถในการปรับตัว และดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

1.5.2 วัตถุประสงค์ของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Klebnoff, 1989)

- 1) ช่วยผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีดั้งเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด
- 2) ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- 3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน
- 4) ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด
- 5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบถ้วน ซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล
- 6) ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน
- 7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว
- 8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว
- 9) เป็นแหล่งให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การให้ยา การรับประทานยา การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมทั้งการ

เผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

1.5.3 หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะมีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลตรงที่สามารถค้นหาแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนซึ่งที่ไม่เป็นทางการในครอบครัวและเป็นทางการอื่นๆ ที่มีอยู่ และยังไม่ได้มีบทบาทอย่างชัดเจนเพื่อสร้างและสนับสนุนให้แหล่งทรัพยากรเหล่านั้นได้มีบทบาทอย่างเข้มแข็งมากขึ้นในการเป็นพันธมิตร (alliances) ด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งให้อยู่กับครอบครัวที่ไม่มีความพร้อมในการดูแล เพราะครอบครัวเหล่านี้จะได้รับผลกระทบด้านลบทางด้านจิตใจและเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วย การให้ทรัพยากรในชุมชนมาร่วมเป็นพันธมิตรในการดูแลผู้ป่วย ถือเป็นวิธีบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการลดภาระที่เกิดขึ้นแก่ครอบครัวและสังคม หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีรายละเอียด ดังนี้ (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2555)

1) การวินิจฉัยและการบำบัดรักษา (Diagnosis and Intervention) การวินิจฉัยที่ถูกต้องจะมีความจำเป็นมากต่อการวางแผนการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล รวมทั้งการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม การบำบัดรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่แรกเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการป้องกันไม่ให้เกิดอาการผิดปกติทางจิตที่รุนแรงขึ้น รวมทั้งช่วยควบคุมอาการและส่งผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลตามมาอีกทั้งทำให้การพยากรณ์โรคที่ดีด้วย การรักษาความผิดปกติทางจิตที่เหมาะสมจำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยยาอย่างสมเหตุสมผลร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ให้เกิดความสมดุลและในลักษณะผสมผสานให้สอดคล้องไปด้วยกัน เช่น การบำบัดทางจิตและการบำบัดทางจิตสังคม

2) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมมักตามมาด้วยการเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังทางร่างกาย ถึงแม้ว่าบางครั้งจะมีความผิดปกติแบบเฉียบพลันเกิดขึ้นในช่วงที่มีการกำเริบ ดังนั้นการดูแลผู้ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตจึงควรใช้หลักการดูแลแบบโรคเรื้อรัง มากกว่าการดูแลแบบโรคเฉียบพลันหรือโรคติดเชื้อ ได้แก่ การจัดคลินิกเฉพาะกลุ่มสำหรับผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยเดียวกันหรือมีปัญหาค้ำคลึงกัน การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว การให้ทีมบำบัดเดิมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้รายกลุ่มแก่ผู้ป่วยและครอบครัว กระจายการบริการสู่ชุมชน ผสมผสานบริการดูแลเข้าในระบบบริการปฐมภูมิ

3) การดูแลอย่างกว้างขวางและครอบคลุม (Wide Range of Services) เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตและครอบครัวมีความต้องการที่ซับซ้อนและหลากหลาย และมีความแตกต่างกันไปในแต่ละระยะของความเจ็บป่วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการจัดบริการที่กว้างขวางหลากหลายเพื่อให้สามารถ

ให้บริการได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุมแก่ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตได้ เช่น ในผู้ที่มีการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ เพื่อให้มีทักษะในการดำรงชีวิตและสามารถทำบทบาทในสังคมได้ดังเดิม ส่วนผู้ที่มีการฟื้นตัวเพียงบางส่วนก็มีความต้องการการช่วยเหลือเพื่อให้กลับสู่สังคมเปิดได้อย่างสมบูรณ์ ส่วนผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองได้น้อยก็ควรได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูเช่นกัน ซึ่งบริการเหล่านี้ควรครอบคลุมการบำบัดรักษาด้วยยา การให้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ การช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย การจัดการเรื่องที่พิก และการสนับสนุนทางเศรษฐกิจสังคมในลักษณะต่างๆ ทั้งจากบุคลากรวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ เช่น พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และอาสาสมัครควรเป็นทีมการดูแลที่ร่วมมือกันในการช่วยเหลือและสนับสนุนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในลักษณะนี้ถือว่ามีความจำเป็นมากในการบริหารจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาและความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน และแตกต่างกันในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย

4) การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว (Partners with Patients and Families) พบว่ามีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายที่ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการดึงครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาและการจัดการความผิดปกติต่างๆ นอกจากนี้ผลลัพธ์ในการดูแลที่เกิดขึ้นจะดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล แม้ว่าการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจะช่วยลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำลงได้ แต่ต้องเป็นวิธีการดำเนินการที่ทำความคุ้นเคยกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่วิธีการทดแทนการรักษาด้วยยา โดยพบว่า การบำบัดเสริมด้วยครอบครัวบำบัดที่นอกเหนือจากการบำบัดด้วยยาทางจิตส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยจะเป็นสิ่งเชื่อมโยงให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้กลายเป็นหุ้นส่วนในการบริการร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพจิต

5) การให้ชุมชนระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม (Involvement of the Local Community) ความเชื่อ ทศนคติ และการตอบสนองของสังคม มีผลต่อบริการการดูแลทางสุขภาพจิต เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตก็เป็นสมาชิกของสังคมเช่นกัน ดังนั้น สิ่งแวดล้อมทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยในชุมชน นั่นคือ หากสิ่งแวดล้อมในสังคมเอื้ออำนวยก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างกลมกลืนมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นลบ ก็อาจทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปและการรังเกียจทางสังคมเพิ่มขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการสนับสนุนให้ชุมชนระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น การเผยแพร่ข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่มีในชุมชน เพื่อให้เห็นความสำคัญของปัญหา การที่ชุมชนเข้าใจสภาพปัญหาและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตเหล่านี้ย่อมทำให้คนส่วนใหญ่ในชุมชนได้เข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และยอมรับการ

เปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตจากในโรงพยาบาลมาเป็นการดูแลในชุมชน ช่วยลดภาระการรับและภาระค่าใช้จ่ายผู้ป่วยทางจิตของคนในชุมชนลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6) การผสมผสานการดูแลทางจิตเข้าสู่การดูแลระดับปฐมภูมิ (Integration into Primary Health Care) เนื่องจากความผิดปกติทางจิตจะเป็นปัญหาที่พบได้โดยทั่วไปและผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไปใช้บริการครั้งแรกในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ แต่ความผิดปกติดังกล่าวอาจยังไม่สามารถตรวจพบได้ในระดับนี้ ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรในหน่วยงานบริการปฐมภูมิอาจขาดความรู้และทักษะที่เพียงพอในการประเมินเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติ ดังนั้นการฝึกอบรมให้บุคลากรในระดับนี้มีความรู้ ความสามารถในการค้นหาและให้บำบัดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่พบบ่อยๆ จึงเป็นมาตรการที่สำคัญ ทั้งนี้บุคลากรในประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศที่ได้รับการอบรมเป็นอย่างดีจะมีความสามารถในการให้บริการบำบัดรักษาแก่ผู้ที่มีปัญหาทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสที่ดียิ่งขึ้นและลดอัตราการป่วยซ้ำที่ทำให้ต้องไปรักษาตัวในโรงพยาบาล

สรุปได้ว่า หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยและการบำบัดรักษาที่ถูกต้อง การดูแลอย่างต่อเนื่องควรใช้หลักการดูแลแบบโรคเรื้อรัง มีการดูแลอย่างกว้างขวางและครอบคลุมเพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุมแก่ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตได้ การเป็นหุ้นส่วนในการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นวิธีการดำเนินการที่ทำความคุ้นเคยกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การให้ชุมชนระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไปใช้บริการครั้งแรกในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิจึงควรมีการผสมผสานการดูแลทางจิตเข้าสู่การดูแลระดับปฐมภูมิ ซึ่งหากมีการพยาบาลตามหลักการกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

CHULALONGKORN UNIVERSITY

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม ถือเป็นความเจ็บป่วยที่ยากต่อการดูแลรักษา และความเรื้อรังของโรคจิตเภทส่งผลให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพาวรรวมมากขึ้น จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ต้องอาศัยผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นผู้ที่มีหน้าที่และบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบและในระยะฟื้นฟูสภาพ จึงจะสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ

2.1 แนวคิดการดูแลในครอบครัว (Family caregiver)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านถูกพัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านซึ่งเป็นรูปแบบการรักษายาบาลอย่างต่อเนืองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยมีรายละเอียดของแนวคิด ดังนี้ (กัลยานี โนอินทร์, 2542)

2.1.1 เป็นการบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการ ทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดี เจ็บป่วย พิกัด หรือป่วยหนักเพื่อทุเลาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน

2.1.2 เป็นบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสหสาขาวิชาชีพพร้อมกัน

2.1.3 เป็นบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ประกอบไปด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษายาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ร่วมกับการใช้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.1.4 เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

2.1.5 เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติ และสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ยอมรับภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

2.1.6 เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

2.1.7 เป็นบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสารการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีลักษณะการบริการแบบผสมผสานด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้าน โดยทีมสุขภาพหลายสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกัน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษายาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ เน้นการบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีความคล้ายคลึงกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ แต่มีความแตกต่างกันในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคน เพราะขึ้นอยู่กับลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคที่ส่งผลต่อความบกพร่องในการทำหน้าที่ในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย

2.2 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน แต่เนื่องจากไม่มีผู้ให้ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้โดยตรง

ผู้วิจัยจึงขอแยกการให้ความหมายของคำว่า “ผู้ดูแล” กับ “ผู้ป่วยจิตเภท” ตามความหมายที่นักวิชาการได้ให้ไว้ ดังนี้

Orem (1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ได้ให้ความหมายว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ต้องการให้การดูแลช่วยเหลือส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลอื่นที่ต้องการพึ่งพา

Davis (1992) ได้ให้ความหมายว่า ผู้ดูแล เป็นญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) กล่าวว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักและเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ที่เป็นโรคจิตเวช ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลใด

สุปริดา มั่นคง (2557) ได้ให้ความหมายของ ญาติผู้ดูแล (Family Caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดการดูแลตนเอง โดยไม่ได้รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง บิดามารดา บุตร เพื่อน เพื่อนบ้าน บุคคลสำคัญในชีวิต

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์เป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หรือ ญาติกับผู้ป่วย ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านโดยตรง สม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลใด ๆ

2.3 ประเภทของผู้ดูแล

สุปริดา มั่นคง (2557) ได้แบ่งประเภทของผู้ดูแลไว้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. **ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver)** หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น เป็นผู้ที่มีเวลาอยู่กับผู้ป่วย และ/หรือให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยหรือไม่ก็ได้ แต่ต้องทราบความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย สามารถพิจารณาตัดสินใจวางแผน สั่งการให้ผู้อื่น หรือญาติผู้ดูแลรองดูแลผู้ป่วยแทนและคอยตรวจสอบให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย

2. **ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver)** หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแล ที่ให้การดูแลแทนผู้ดูแลหลักเป็นครั้งคราว หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

George (1996) ได้ให้ความหมายว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอาจเป็นได้ทั้งบุคคลเพียงคนเดียว เช่น บิดา มารดา ภรรยา สามี บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มบุคคล เช่น กลุ่มพี่น้อง กลุ่มเพื่อน ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ และได้แบ่งประเภทของผู้ดูแลไว้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. **ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver)** หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2. **ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver)** หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้าง พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ โดยอาจจะไม่รับ หรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

Horowitz (1985 อ้างถึงใน (จอม สุวรรณโณ, 2541) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้การดูแล ดังนี้

1. **ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver)** หมายถึง บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

2. **ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver)** หมายถึง บุคคลที่มีหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราว ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เข้ามาให้การช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในขณะที่ต้องการดูแลผู้ป่วย เช่น ช่วยยกตัวผู้ป่วย ช่วยขับรถพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ในบางครั้ง หรือมาดูแลแทนผู้ดูแลหลักในกรณีที่ผู้ดูแลหลักไม่ว่างหรือเจ็บป่วย เป็นต้น

2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง (มาโนช หล่อตระกูล, 2554) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพและประคับประคองให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างเป็นสุข ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีบทบาทที่สำคัญ 5 ประการ ดังนี้ (พิเชษฐ อดมรัตน์ & สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2552)

2.4.1 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดในการทำกิจวัตรประจำวัน และการทำงานต่างๆ ผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้หรือทำได้ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย

2.4.2 คอยสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการเตือนต่างๆ ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบรุนแรง หากผู้ดูแลสังเกตเห็นอาการผิดปกติต่างๆ แล้วพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้อย่างรวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันที่และสามารถป้องกันอาการกำเริบรุนแรงได้

2.4.3 ช่วยลดความเครียดให้กับผู้ป่วย ความเครียดหรือปัญหาชีวิต ปัญหาครอบครัวอาจกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตเวชกำเริบขึ้นได้ ผู้ดูแลต้องช่วยลดความเครียดให้กับผู้ป่วยโดย ผู้ดูแลต้องช่วยให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปรับตัวให้เหมาะสมกับความสามารถ ไม่คาดหวังในตัวผู้ป่วยมากเกินไป การสื่อสารกับผู้ป่วยควรใช้คำพูดสั้นๆ กระชับ เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนและแปลความหมายผิดพลาด รักษาสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการทะเลาะกับผู้ป่วยและไม่เปลี่ยนแปลงตารางเวลา

ต่างๆ ของผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ผู้ดูแลควรหาเวลาส่วนตัวเพื่อดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองด้วย

2.4.4 ค้นหาจุดที่ดีของผู้ป่วย คอยสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถให้กำลังใจและชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ หรือมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม แม้จะเป็นเพียงสิ่งเล็กๆ น้อยๆ ก็ตาม เช่น อาบน้ำ แต่งตัวเอง ทักทายสวัสดิ์ผู้อื่น หรือช่วยทำงานบ้าน เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับคำชมเชยหรือได้รับกำลังใจจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นได้

2.4.5 ดูแลเรื่องยาและพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัด ผู้ป่วยจิตเภทต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะการกำเริบของโรคนี้เกิดขึ้นได้บ่อยที่สุดจากการขาดยา

2.4.6 เป็นธุระติดต่อกับชุมชน

พนม เกตุมาน (2550) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านไว้ดังนี้

1) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยผู้ดูแลอาจเป็นผู้จัดยาให้เอง หรือคอยนับจำนวนเม็ดยาที่เหลืออยู่ และผู้ดูแลควรหาวิธีจูงใจให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือด้วยดีมากกว่าการบังคับข่มขู่

2) พาผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ หากผู้ป่วยไม่ยอมไปพบแพทย์จริงๆ ผู้ดูแลหรือญาติควรมาพบแพทย์เพื่อเล่าปัญหาเหล่านี้ให้แพทย์ฟัง

3) คอยตรวจสอบอาการข้างเคียงจากยา แพทย์ผู้รักษาจะอธิบายถึงผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตที่ผู้ป่วยได้รับให้ฟังก่อนสั่งยาครั้งแรก ถ้าผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับควรรีบติดต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาทันที ไม่ควรทิ้งไว้เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่อยากกินยาและไม่อยากรักษาอีกต่อไป

4) สร้างบรรยากาศที่ดีให้กับผู้ป่วย โดยสร้างบรรยากาศที่สงบ อบอุ่น มีกิจกรรมที่ดีทำร่วมกัน มีการสื่อสารที่ดีบอกความต้องการซึ่งกันและกัน และตอบสนองกันอย่างเหมาะสม

5) ไม่ควรตามใจผู้ป่วยมากเกินไปหรือให้สิทธิพิเศษจนผู้ป่วยสร้างความเดือดร้อนรำคาญให้กับผู้อื่น

6) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตผิดปกติ ได้แก่ หูแว่ว หวาดระแวง ผู้ดูแลไม่ควรพยายามอธิบายให้ผู้ป่วยนั้นยอมรับความจริงในขณะนั้น เพราะนอกจากจะไม่ได้ผลแล้วอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโกรธที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับฟังเหตุผล ดังนั้นผู้ดูแลควรรับฟังด้วยท่าทีที่เป็นกลาง ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย แต่ให้ผู้ป่วยได้พูดในสิ่งที่มีเค้าคิดและรู้สึกออกมาให้มากที่สุด พร้อมกับแสดงความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย อาการทางจิตของผู้ป่วยจะดีขึ้นจากการใช้ยา ดังนั้นควรรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์โดยเร็วที่สุด

7) จัดจำอาการต่างๆ ของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านมาเล่าให้แพทย์ฟัง เพราะข้อมูลการดำเนินชีวิตขณะอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงความสำเร็จของการรักษา

8) จัดตารางเวลาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเวลา รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนและการกินยา เป็นต้น

9) ควรให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดำเนินชีวิตตามปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้ง ความรับผิดชอบส่วนตัว และงานรับผิดชอบส่วนรวม

10) หลีกเลี่ยงการใช้อารมณ์ตอบโต้กันภายในบ้าน เมื่อมีความขัดแย้งควรปรึกษา แพทย์

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลมีหลากหลายบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงทำให้ผู้ดูแลมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างมาก ผู้ดูแลต้องมีความอดทน มีการช่างสังเกต รู้จักวิธีการเข้าหาผู้ป่วย มีความรู้ ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

2.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ที่มีความบกพร่องของการทำหน้าที่ต่างๆ ทางด้านความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม ความบกพร่องเหล่านี้ทำให้เกิดข้อจำกัดในการ ดำรงชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลต้อง ทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดเวลาที่ให้การดูแล และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้

2.5.1 ด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลต้องปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแล ส่วนใหญ่มักทำหน้าที่เพียงคนเดียว มิได้มีการสับเปลี่ยน ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบผู้ดูแลบางราย อาจต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เวลาในการดูแลตนเองและการ พักผ่อนไม่ลดลง มีอาการอ่อนเพลีย (บุบผา ธนิกกุล, 2554) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องรับผิดชอบหลาย บทบาท เช่น การดูแลสมาชิกคนอื่น การหารายได้ควบคู่กับการทำหน้าที่ผู้ดูแลหลัก ทำให้ผู้ดูแลรู้สึก เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีปัญหาในเรื่องการ นอนหลับ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา

2.5.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับปัญหาด้านจิตใจหลาย ด้าน เช่น ความรู้สึกอึดอัด ยุ่งยาก ลำบากใจ มีความรู้สึกผิด กลัว อับอาย และหมดหวังเกี่ยวกับ อนาคตของผู้ป่วย (Tanriverdi & Ekinici, 2012) การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานทำให้สภาพจิตใจ ของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย อาการ ทางจิตที่รุนแรงซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งหากผู้ดูแลรู้สึก เครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้ผู้ดูแลเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตได้ (Sethabouppha, 2002) รวมทั้งต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปและอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าหรือรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998) และจากการศึกษา

พบอัตราความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลสูงถึงร้อยละ 38-70 อีกด้วย (Moller et al., 2009)

2.5.3 ด้านสังคม การรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและขณะเดียวกันก็ต้องทำบทบาทหน้าที่อื่นร่วมด้วย ทำให้มีเวลาในการดำรงชีวิตในด้านอื่นๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง เช่น มีเวลาไม่เพียงพอที่จะไปเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม (สายใจ พัวพันธ์, 2553) การพบปะเพื่อนฝูงลดลง ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามต้องการ รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน ทำให้เกิดความเหินห่างกับสังคม (Eakes, 1995)

2.5.4 ด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล ตัวผู้ป่วยเองเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้วมักขาดโอกาสในการทำงานหรือมีโอกาสได้รับการจ้างงานต่ำ มีโอกาสตกงานสูงเนื่องจากถูกรังเกียจจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงานจากอาการของโรคทางจิต (เบญจมาศ พุกฤษ์กานนท์ ธีระ ศิริมุต สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล สภาวรรธน์ พวงรัตดา และ กนกวรรณ สุดศรีวิไล, 2556) ส่วนตัวผู้ดูแลต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (รัชนิกร เกิดโชค, 2556) และผู้ดูแลยังต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายในครอบครัว ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ (Doombos, 2002)

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลและครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาและส่งผลกระทบต่อโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังไม่มีใครคอยช่วยเหลือ ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ท้อแท้ เบื่อหน่ายและเพิกเฉยต่อการทำบทบาทผู้ดูแลได้ในที่สุด ดังนั้นจึงควรให้การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำลงได้ และส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.6 การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งจัดเป็นผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจะต้องควบคู่ไปกับการดูแลและช่วยเหลือญาติผู้ดูแลไปพร้อมกัน และการดูแลช่วยเหลือญาติผู้ดูแลนั้นจะไม่มุ่งเฉพาะการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเท่านั้น แต่จะต้องให้การดูแลแบบองค์รวม กล่าวคือ คำนึงถึงสวัสดิภาพและสุขภาพของญาติผู้ดูแลทั้ง ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและการมีปฏิสัมพันธ์กับ สังคม มีการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพและการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเปลี่ยนผ่านจาก

โรงพยาบาลสู่บ้าน และความต่อเนื่องในการประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาล ที่บ้าน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน แนวทางในการให้บริการและการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล มีดังนี้ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และ ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557)

1. โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายชัดเจนที่จะให้บริการญาติผู้ดูแลควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้บริหารของหน่วยงานควรมีการพัฒนาบุคลากรในการรองรับนโยบายการให้บริการ เช่น การอบรมให้ความรู้ การจัดสรรงบประมาณเพื่อ การวิจัยและการศึกษาต่อเพื่อความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เป็นต้น

2. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องมีบุคคลในครอบครัวให้การดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ควรมีการให้ข้อมูลแก่บุคคลในครอบครัวเพื่อประกอบการพิจารณาบุคคลที่มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ควรเป็นผู้มีความผูกพันกับผู้ป่วยเรื้อรังหรือมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีสุขภาพดี และมีอายุไม่มากหรือน้อยเกินไป ถ้าเป็นไปได้อาจพิจารณาผู้ดูแลเองหรือผู้ช่วยผู้ดูแลร่วมด้วยถ้าผู้ป่วยเรื้อรังมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลในระดับมาก

3. การวางแผนเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล ควรเป็นความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะของแต่ละฝ่ายในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมวางแผนการเตรียมความพร้อมที่เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวชและพยาบาลเยี่ยมบ้าน ญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น แผนการเตรียมญาติผู้ดูแลควรมีการบันทึกและระบุความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายและมีระบบส่งต่อไปยังผู้เกี่ยวข้อง การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลควรปฏิบัติ ดังนี้

3.1 บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยง และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการติดตามภาวะสุขภาพ ในระหว่างให้การดูแลและควรประเมินความต้องการด้านข้อมูลเพื่อวางแผนการให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความต้องการของญาติผู้ดูแลแต่ละราย

3.2 ผู้ป่วยเรื้อรังและสมาชิกในครอบครัวควรเข้าร่วมในการเตรียมญาติผู้ดูแลด้วย เพื่อให้ทุกฝ่ายเข้าใจสถานการณ์ของการดูแลและร่วมมือกันในการช่วยให้ภาระการดูแลลงตัวและช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวกับความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ง่ายขึ้น

3.3 แนะนำสมาชิกในครอบครัวให้ร่วมมือกันในการจัดการและบริหารงานภายในครอบครัวเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระของญาติผู้ดูแล ควรให้กำลังใจ รับฟังปัญหาของญาติผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ แสดงให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่าของญาติผู้ดูแล และเห็นว่าญาติผู้ดูแลเป็นผู้เสียสละและทุกคนพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา

4. ควรจัดโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลที่เกิดจากความร่วมมือของสหสาขาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยใช้แนวคิดการให้พลังอำนาจแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อให้โปรแกรมที่จัดขึ้นเหมาะกับญาติผู้ดูแลแต่ละรายโดยควรมีองค์ประกอบดังนี้

4.1 ควรให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคแนวทางการรักษาพยาบาลและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การให้ความรู้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคและความรู้ที่เฉพาะกับผู้ป่วยเรื้อรังที่จะต้องให้การดูแล รวมถึงปัญหาสุขภาพและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

4.2 ฝึกทักษะเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ญาติผู้ดูแลต้องทำให้กับผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ควรเริ่มเมื่อผู้ป่วยเรื้อรังมีอาการคงที่เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีเวลามากพอในการฝึกฝน มีความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติและสามารถแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปบ้านได้

4.3 ฝึกญาติผู้ดูแลให้มีทักษะในการแก้ปัญหาและการจัดการกับความเครียด

4.4 แนะนำการดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับญาติผู้ดูแลแต่ละราย

4.5 ให้ข้อมูลเพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลและแหล่งประโยชน์ในชุมชน

5. จัดทำคู่มือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งแหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่น หมายเลขโทรศัพท์ กรณีฉุกเฉิน หมายเลขโทรศัพท์ในการขอคำปรึกษากับพยาบาล แหล่งให้บริการในการดูแลผู้ป่วยรายวัน เป็นต้น มีระบบในการให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือ ทางอีเมลล์หรือทางอื่นๆ ตามความสะดวกของญาติ ผู้ดูแลแต่ละรายโดยเฉพาะช่วงแรกที่กลับไปอยู่บ้าน ญาติผู้ดูแลอาจมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาญาติผู้ดูแลได้มากที่สุดเนื่องจากมีความชำนาญเฉพาะทางและ สามารถให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามบางกรณีพยาบาลคลินิกอาจต้องการปรึกษากับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแล ดังนั้นจึงต้องมีข้อตกลงการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการเป็นเครือข่ายให้คำปรึกษาตามปัญหาที่เกิดกับญาติผู้ดูแลได้

6. ให้การดูแลญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านควรเป็นความร่วมมือสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนและ แหล่งประโยชน์ในชุมชน ในกรณีขาดแคลนบุคลากร การเยี่ยมบ้านโดยสหสาขาวิชาชีพอาจมีข้อจำกัด การแก้ปัญหาอาจทำได้โดยการมอบหมายให้มีผู้ไปเยี่ยม และผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันไป แล้วนำข้อมูล/ปัญหา กลับมาพูดคุยปรึกษาในทีม

7. พยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นบุคคลสำคัญในการเชื่อมโยงความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลให้มีการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้านได้อย่างราบรื่นเนื่องจากพยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นผู้รับช่วงต่อจาก แผนการเตรียมญาติผู้ดูแลจากโรงพยาบาลและมีโอกาสสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่บ้านทั้งด้าน

กายภาพและความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว จึงสามารถให้ คำแนะนำและคำปรึกษาได้ สอดคล้องกับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยเรื้อรังได้เป็นอย่างดี ประเด็นสำคัญมีดังนี้

7.1 ประเมินความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการดูแลตนเอง ตามโปรแกรม การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลและให้ความช่วยเหลือตามปัญหาที่พบร่วมกับการเป็นผู้รับฟัง ให้กำลังใจและให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของแต่ละราย

7.2 ประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องตามสภาพอาการของผู้ป่วย ที่เปลี่ยนแปลงไปตามวิถีความเจ็บป่วยเรื้อรัง (illness trajectory) โดยประสานความร่วมมือกับ ทีมสหสาขาและพยาบาลคลินิก เป้าหมายที่ต้องการ คือ ญาติผู้ดูแลสามารถประเมินอาการของผู้ป่วย เรื้อรังที่เปลี่ยนแปลงไปและตัดสินใจได้ว่าอาการแสดงของผู้ป่วยเรื้อรังนั้น ญาติผู้ดูแลสามารถให้การ ดูแลเอง อาการใดเมื่อเกิดขึ้นแล้วควรต้องขอคำปรึกษาจากพยาบาล อาการใดที่เกิดขึ้นแล้วควรนำ ผู้ป่วยมาพบแพทย์

7.3 ประเมินวิธีการจัดการกับความเครียดและผลลัพธ์ที่ตามมา ร่วมกับการส่งเสริม ให้มีจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

7.4 ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ การได้รับความ เข้าใจเห็นอกเห็นใจและเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกอบอุ่น ไม่โดดเดี่ยวหรือ ถูกทอดทิ้ง จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวได้ รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมใน ชุมชน เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน โดยเฉพาะญาติผู้ให้การดูแลเกิน 3 ปี ขึ้นไปเนื่องจากการสนับสนุนทาง สังคมจะลดน้อยลงตามลำดับ

7.5 เป็นสื่อกลางในการสร้างความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย เรื้อรัง (mutuality) ซึ่งจะลดความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดลงได้

7.6 แนะนำสมาชิกในครอบครัวจัดช่วงเวลาให้ญาติผู้ดูแลได้ละวางจากการดูแลเป็น ช่วงๆ โดย เริ่มตั้งแต่ระยะแรกหลังผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเพื่อให้ ญาติผู้ดูแลได้มีเวลาเป็นของตัวเอง มี อิสระที่จะทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายหรือกิจกรรมทางสังคมที่ชื่นชอบ เพื่อเป็นการเพิ่มพลังในการ กลับมาดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อไป

7.7 ร่วมมือกับชุมชนในการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) เพื่อให้ ญาติผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มญาติผู้ดูแล รวมถึงการสร้าง ความ เข้มแข็งให้แก่ชุมชนที่จะเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและญาติผู้ดูแล

8. พยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกควรมีบทบาทในการร่วมดูแลญาติผู้ดูแลเมื่อญาติผู้ดูแลนำ ผู้ป่วยเรื้อรังมาพบแพทย์โดยทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาญาติผู้ดูแลตามประเด็นปัญหาที่พบเพื่อให้ ญาติผู้ดูแลได้รับการดูแลต่อเนื่องและครบวงจร

9. ทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการพบปะ พูดคุย เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อพัฒนาการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตได้รับความสนใจและยังเป็นเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศต่างๆ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรจะทำให้การพัฒนาในด้านต่างๆ สามารถทำได้ดี รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ทางด้านสุขภาพได้นำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากำหนดเป็นเป้าหมายในการให้บริการรักษาพยาบาล ไม่ใช่เพียงหายจากโรคหรือมีชีวิตรอดเท่านั้น แต่รวมถึงความเป็นอยู่ที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Cooley, 1998)

3.1 แนวคิดคุณภาพชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบแนวคิดของคุณภาพชีวิต ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1996) ได้ให้คำนิยามแนวคิดคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ถึงสภาวะของตนในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมภายใต้ต่อองค์ประกอบทางวัฒนธรรม คำนิยามที่เขาอาศัยอยู่และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคลมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อนของบุคคล มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณเองไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ

2. ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆของตนเอง ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณเองมีชีวิตรอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต อยู่ในสิ่งแวดล้อมทาง

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวันของตนเอง ความรู้สึกลำบากใจที่ต้องปล่อยผู้ป่วยจิตเภททิ้งไว้ตามลำพังเมื่อต้องออกไปธุระหรือไปทำงานนอกบ้าน ความรู้สึกยุ่งยากไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมอื่นๆ สำหรับตนเองและครอบครัว ทำให้ขาดการวางแผนในการดำเนินชีวิต

3. ด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุน ความเข้าอกเข้าใจ การยอมรับฟัง รวมทั้งความรู้สึกพึงพอใจทางอารมณ์และความสัมพันธ์ทางเพศจากสามีหรือภรรยา

4. ด้านความสัมพันธ์กับทีมจิตเวช เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุน ความเข้าอกเข้าใจ การยอมรับฟัง รวมทั้งความพึงพอใจกับข้อมูลที่ได้รับจากทีมจิตเวช

5. ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุน ความเข้าอกเข้าใจและยอมรับฟังจากสมาชิกในครอบครัว

6. ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุน ความเข้าอกเข้าใจและยอมรับฟังจากเพื่อน

7. ด้านภาระด้านแหล่งประโยชน์ เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความขาดแคลนวัสดุสิ่งของและปัจจัยต่างๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น แหล่งประโยชน์ด้านการเงิน ที่พักอาศัย ยานพาหนะในการเดินทาง เป็นต้น

เนื่องจากไม่มีคำนิยามความหมายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอสรุปว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การรับรู้ถึงสภาวะของตนเองซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทำให้เกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจภายใต้เป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล และการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่างๆ ในชีวิต โดยมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 7 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความผาสุกทางกายและจิตใจ 2) ด้านภาระทางด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน 3) ด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส 4) ด้านความสัมพันธ์กับทีมจิตเวช 5) ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว 6) ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และ 7) ด้านภาระทางด้านทรัพยากรสนับสนุน ตามองค์ประกอบของ Richieri et al. (2011)

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบไปด้วย

1) ภาระในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.629$) การที่ผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นจากบทบาทเดิมของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามเพิ่มมากขึ้น ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมที่มากขึ้นและในขณะเดียวกันก็ทำให้รู้สึกว่ามี

ยากลำบากส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระทั้งในเชิงอัตนัยและปรนัย ก่อให้เกิดความเครียดและมีเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองลดลง ความพึงพอใจในชีวิตลดลง ทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตลดลงได้ (เอมิกา กลยณี, 2556; Montgomery et al., 1985)

2) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .605$) การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ก็จะทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสได้ระบายความรู้สึก ได้รับการปลอบใจ หรือได้รับความช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียดจากการดูแล จะทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดและมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ลิธัว ชูโต, 2553; เอมิกา กลยณี, 2556) ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจเมื่อเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ (Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai, 2006) ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ และสภาพอารมณ์ที่มีต่อความเครียดจากการดูแล ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Bengtsson-Top et al., 2001) และช่วยตอบสนองความต้องการตามเป้าหมายและช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น (Helgeson, 2003)

3) ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .583$) บุคคลที่มีการรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่ตนมีอยู่มาช่วยในการแก้ไขปัญหาได้ จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาได้ดี ประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหา นำไปสู่การมีความสุขในชีวิตหรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Antonovsky, 1993) ซึ่งผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ (เอมิกา กลยณี, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม (2540) พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี

4) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .564$) ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องใช้เวลาเกือบทั้งวันในการดูแลจึงอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ หากผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ อีกทั้งยังทำให้ไม่มีความรู้สึกเครียด จึงทำให้ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ (เอมิกา กลยณี, 2556; Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai, 2006)

5) อายุของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.464$) ผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ไปในทางเสื่อมถอยและความเสื่อมถอยนั้นจะเพิ่มตามอายุที่มากขึ้น อาจมีการปรับตัวไม่เกิดความเครียดในการดูแล ทำให้การดำเนินชีวิตในสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง (เอมิกา กลยณี, 2556)

6) สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .430$) สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายได้ด้วยเรื่องของ การแสดงอารมณ์ต่อกันมากผิดปกติ (high expressed emotion) ซึ่งเป็นสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว ประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์ตำหนิผู้ป่วย ความไม่เป็นมิตร ความเกี่ยวพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป การแสดงอารมณ์ต่อกันมากผิดปกติเกี่ยวข้องกับความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว ผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ร้อนมีการกำเริบของโรคและป่วยซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันปกติ ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันมากผิดปกติการได้รับยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องก็ไม่สามารถลดอัตราการป่วยซ้ำได้ เมื่อเกิดการป่วยซ้ำทำให้ญาติมีทัศนคติไม่ดีและมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย (นรวิร์ พุ่มจันทร์, 2548)

7) รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าการที่มีคนป่วยด้วยโรคจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และเงินออมลดลง ทั้งจากค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย และค่ารักษาที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง หากครอบครัวใดมีรายได้ที่ค่อนข้างต่ำก็จะทำให้เกิดความยากลำบากมากยิ่งขึ้น (เอมิกา กลยณี, 2556) ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอและเหลือเก็บมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ เนื่องจากผู้ดูแลที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บไม่มีความเดือดร้อนด้านการเงินทำให้สามารถสนับสนุนค่ารักษาและค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วย และสามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่กระทบกระเทือนกับรายได้ (นรวิร์ พุ่มจันทร์, 2548)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประกอบไปด้วยหลายปัจจัยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านปัจจัยภายในของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ ภาวะสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลก และ 2) ด้านปัจจัยภายนอกของผู้ดูแล ประกอบด้วย ภาวะในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และรายได้ของครอบครัว ซึ่งปัจจัยภายนอกเหล่านี้สามารถจัดการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ โดยเฉพาะด้านการสนับสนุนทางสังคม เพราะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ และสภาพอารมณ์ที่มีต่อความเครียดจากการดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเลือกนำปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมาพัฒนาเป็นโปรแกรมฯ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

3.3 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ในปัจจุบันนักวิชาการส่วนใหญ่เชื่อว่า การประเมินคุณภาพชีวิตโดยตัวชี้วัดที่บุคคลจะต้องเป็นผู้ประเมินคุณภาพชีวิตตามความรู้สึก ทศนคติของตนเอง จะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ถูกต้อง และตรงกับสภาพความเป็นจริง (Cambell, 1976; Flank-Stromberg, 1984) การประเมินคุณภาพชีวิตมีความหลากหลายและแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้นๆ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบแบบประเมินที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่ง สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) ได้แปลและพัฒนาขึ้น เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อจากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม รวมเป็น 26 ข้อ เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ในผู้ที่มีอายุ 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406

The Quality of Life Index Generic Version-III (QLI Generic Version-III) ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Ferrans & Power (1992) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบบจิตวิสัย (Subjective) ประกอบด้วยข้อคำถาม 33 ข้อ เพื่อวัดความพึงพอใจและความสำคัญขององค์ประกอบของคุณภาพ 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (มีค่าความเชื่อมั่น = 0.87) 2. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (มีค่าความเชื่อมั่น = 0.82) 3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (มีค่าความเชื่อมั่น = 0.90) และ 4. ด้านครอบครัว (มีค่าความเชื่อมั่น = 0.77) เป็นแบบประเมินที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง

The Schizophrenia Caregiver Quality of Life questionnaire (S-CGQoL) ของ Richieri et al. (2011) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบบจิตวิสัย (Subjective) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใน 7 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านความผาสุกทาง

กายและจิตใจ 2. ด้านภาระทางด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน 3. ด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส 4. ด้านความสัมพันธ์กับทีมจิตเวช 5. ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว 6. ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และ 7. ด้านภาระทางด้านทรัพยากรสนับสนุน เป็นแบบประเมินที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง เน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบ โดยมีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.70-0.92

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ Richieri et al. (2011) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง และสามารถวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตได้ครอบคลุมถึง 7 ด้าน โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้มาแปลเป็นภาษาไทย

3.4 บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ มากมายตลอดช่วงเวลาที่ให้การดูแล ผู้ป่วยมีความต้องการหลายด้านที่แตกต่างกันไป ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นบุคคลที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่งที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลจากพยาบาล ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีความมุ่งเน้นกับการดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient center care) จนดูเหมือนว่าจะละเลยการดูแลครอบครัวหรือญาติผู้ป่วย จนทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีการปรับเปลี่ยนบทบาทมุ่งเน้นการดูแลครอบครัว (family center care) ให้มากขึ้น

การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลได้รับการตอบสนองตามความต้องการอย่างครบถ้วน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่องนั้น พยาบาลควรแสดงบทบาทที่สำคัญได้แก่ (วารุณี มีเจริญ, 2557)

- 1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบนั้น พยาบาลควรช่วยให้ผู้ดูแลค้นหาจุดแข็งของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
- 2) การตอบสนองความต้องการเป็นรายบุคคล โดยพยาบาลต้องรับฟังปัญหาของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ชักถามถึงความกังวลใจต่างๆ ของผู้ดูแล
- 3) ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ดูแลสุขภาพของตนเอง และดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล สนับสนุนให้ผู้ดูแลดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 4) สอนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย
- 5) ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เข้าร่วมกิจกรรมผ่อนคลายต่างๆ
- 6) ให้ข้อมูลและช่วยเหลือตามที่ผู้ดูแลต้องการ
- 7) พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาในการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งการ

ให้การพยาบาลตามบทบาทเหล่านี้จะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและใช้ชีวิตของตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

นอกจากนี้ควรมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมมือกันในการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เลือกวิถีดูแลที่เหมาะสม กระตุ้นให้ผู้ดูแลลงมือทำตามวิธีการด้วยตนเองเพื่อให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตตนเองได้

2) สอนและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะอาการ ที่จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลงและแนะนำความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการ วิธีการสังเกตอาการให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจและป้องกันการเกิดอาการกำเริบและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เพราะครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อผู้ป่วย

3) ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสพบปะญาติพี่น้องและบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวของผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการเอาใจใส่ การสนับสนุนให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาปัญหาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นบางครั้งซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้

4) การวางแผนการสอนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการกับปัญหา ร่วมกับการให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจในปัจจัยที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และปัจจัยที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญและนำเอามาใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตได้

5) จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นและจัดการกับอารมณ์ ความเครียดแล้วมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

6) ให้การสนับสนุนและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็น ให้ข้อเสนอแนะการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม สรรหาแนวทางที่ควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและดูแลตนเองที่บ้านได้เป็นเวลานาน

และในฐานะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง พยาบาลควรแสดงบทบาทดังต่อไปนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

1) บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยทำการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จัดหาและให้บริการโดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีการพยาบาล

ผลการวิจัยมาเป็นแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

2) บทบาทในการให้ความรู้ พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนชี้แนะให้บุคคลสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสม ต้องมีความสามารถในเชิงวิชาชีพ โดยใช้ความรู้ทั้งจากศาสตร์ทางการแพทย์และจากศาสตร์สาขาอื่น

3) บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการ โดยการเป็นผู้นำในการปรับปรุงระบบบริการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชให้มีคุณภาพการให้บริการพยาบาล จัดระบบการบริการให้เหมาะสมโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ผู้รับบริการจะได้รับ

4) บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา โดยพยาบาลสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการในด้านปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยสามารถดำเนินการได้โดยอิสระ ช่วยให้ผู้รับบริการมีกำลังใจที่จะต่อสู้และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5) บทบาทนักวิจัย โดยการสร้างองค์ความรู้ใหม่และทำการศึกษาค้นคว้าติดตามผลการวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทั้งในสาขาการพยาบาลและสาขาอื่นๆ เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวให้ดีขึ้น

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ควรมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยให้การช่วยเหลือ ดังนี้

1) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วย เพื่อลดพฤติกรรมที่มีปัญหาและลดผลกระทบด้านลบให้น้อยที่สุด เช่น การฝึกให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วยพฤติกรรมบำบัดในรูปแบบต่างๆ การฝึกให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ให้ผู้ป่วยได้คงไว้ซึ่งทักษะทางกายภาพและการเคลื่อนไหว (Elloit, 1998)

2) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver intervention) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล แบ่งเป็นกิจกรรมดังนี้

2.1 การให้ความรู้ (Education) การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ในชุมชนและสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกำหนดหมายที่ผู้ป่วยควรได้รับ เสริมทักษะการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่ควรเฝ้าระวัง การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา และเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแลสร้างความรู้สึกรับผิดชอบใจ และเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ซึ่งมีการศึกษาที่สนับสนุนว่า การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถลดภาระในการดูแลได้ (ตรุณี คชพรหม, 2543) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลมีภาระในการดูแลก็ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตดีขึ้นตามมา

2.2 การจัดกลุ่มสนับสนุน (Support group) เป็นการส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลให้มีการช่วยเหลือกันและกันในด้านต่างๆ จนทำให้เกิดความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ และไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ก่อให้เกิดความรู้สึก

พึงพอใจและมั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป

2.3 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นกิจกรรมเพื่อเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาที่สมาชิกในครอบครัว เป็นการให้ความรู้ที่ไม่เป็นการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วย

2.4 การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (Develop family strength) เป็นการสร้างความแข็งแกร่งของความรู้สึกของผู้ดูแลและครอบครัวให้มีความเชื่อมั่นและพึงพอใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ในการดูแลผู้ป่วยได้

2.5 การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา (Involving caregiver in treatment) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจากการสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม

สรุปได้ว่า การพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ควรให้การดูแลโดยมุ่งเน้นการดูแลครอบครัว (family center care) ให้มากขึ้น โดยมีบทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล บทบาทในการให้ความรู้ บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการ บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา บทบาทนักวิจัย ซึ่งพยาบาลควรมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยตรง ทำการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ สอนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ให้ข้อมูลและช่วยเหลือตามที่ต้องการ จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยมีรูปแบบกิจกรรมการให้ความรู้ การจัดกลุ่มสนับสนุนครอบครัวบำบัด การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถปรับตัวต่อสภาพปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4.1 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลในสังคม ประกอบด้วยโครงสร้างที่มีความเกี่ยวพันและซับซ้อน เพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึกต่อกัน ทำให้บุคคลให้ความช่วยเหลือในด้านการจัดการปัญหาต่างๆ และช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียด มีผลต่อผู้รับคือส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี เอื้ออำนวยให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้รับการช่วยเหลือเกิดความพึงพอใจและมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีความผาสุกทางจิตใจตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนวิถีในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ (นิรมล จิตต์จำนง, 2548)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆ ทำให้เกิดการไว้วางใจกัน ทำให้เกิดความรัก ความผูกพันดูแลเอาใจใส่ (ไพลิน ปรัชญคุปต์, 2548)

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆ ทำให้เกิดความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจกัน ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถาม รับฟังความรู้สึก

2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประเมินศักยภาพตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม เป็นการให้ข้อมูลย้อนป้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคม หรือนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง เช่น ประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพโดยฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา โดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) การให้คำแนะนำ ข้อชี้แจง แนวทาง ข้อเสนอแนะและให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ

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

4.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม มีดังต่อไปนี้

หลักการ ที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยสิ่งสำคัญ ดังนี้

1) จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
 2) ลักษณะของการติดต่อนั้นจะต้องประกอบไปด้วยข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ผู้รับ เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีต่อตนอย่างจริงใจ ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับในสังคม เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์ต่อสังคม

3) ปัจจัยนำเข้า อาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัตถุประสงค์หรือทางด้านจิตใจ

4) จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ

กลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย 3 กลุ่ม (Caplan, 1974) ดังนี้

- 1) กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ
 - 1.1) บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก
 - 1.2) บุคคลที่มีความใกล้ชิด (Kint) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน คนรู้จัก
- 2) องค์กรหรือสมาคมที่ให้การช่วยเหลือ หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มาร่วมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ โดยสนใจที่จะช่วยเหลือผู้ที่ประสบความยุ่งยาก เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น
- 3) กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน เช่น บุคลากรในทีมจิตเวช เป็นต้น

กลุ่มสนับสนุน (Support group) เป็นกลุ่มบุคคลที่มีประสบการณ์เหมือนกัน มารวมตัวกันเป็นกลุ่มเล็กๆ โดยความช่วยเหลือของพยาบาลเพื่อให้สมาชิกได้พูดคุยกัน ปรึกษาปรึกษาทางจิตใจต่อกัน ทำให้เกิดปัจจัยการบำบัด สามารถจัดการกับภาวะทางอารมณ์และพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตในช่วงที่เกิดเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตได้ (Yalom & Leszcz, 2008) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ ความคาดหวังที่มีอยู่เดิม กลายเป็นความคิด ความเชื่อ ความคาดหวังใหม่ ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนไป (Kazdin, 1977)

กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social support group) คือ การที่บุคคลตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปมารวมกลุ่มทำกิจกรรมกันอย่างสม่ำเสมอในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านสุขภาพ และช่วยเหลือสมาชิกในการหาวิธีการเพื่อดูแลสุขภาพร่วมกัน การทำกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนมาจากแนวคิดพื้นฐาน 2 ประการ คือ การสนับสนุนทางสังคมและกระบวนการกลุ่ม โดยกลไกของกลุ่มประกอบด้วย การให้ข้อมูลที่เป็นการสอนหรือแลกเปลี่ยนความรู้ต่างๆ รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิก (Kinney, Mannetter, & Carpenter, 1992)

4.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีผู้พัฒนาเครื่องมือไว้หลายแบบโดยแบบวัดที่มีผู้นิยมใช้มี ดังนี้

เครื่องมือ Personal Resource Questionnaire (PRQ) สร้างโดย Brandt and Weinert (1985) เป็นการประเมินแหล่งของการการสนับสนุนทางสังคมในสถานการณ์ต่างๆ ที่พบในชีวิตประจำวัน จำนวน 8 สถานการณ์ ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ความใกล้ชิด การมีส่วนร่วมรับรู้ในสังคม การอุปถัมภ์ การเห็นคุณค่า การช่วยเหลือ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ระดับที่ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จนถึงระดับ 7 เห็นด้วยอย่างมาก และทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม สร้างโดย House (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ ด้านละ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมที่มีค่าสูง หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) ฉบับภาษาไทย สร้างโดยอรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2549) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 16 ข้อแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 2.ด้านข้อมูล ข่าวสาร ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 3.ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งใช้แนวคิดของ House (1980) มีจำนวนข้อคำถาม 19 ข้อ โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนทางวัตถุ (การสนับสนุนด้านทรัพยากร) จำนวน 4 ข้อ การสนับสนุนการยอมรับและการเห็นคุณค่า (การสนับสนุนด้านการประเมินค่า) จำนวน 5 ข้อ และการสนับสนุนด้านการให้ข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เป็นจริงเลย จนถึง ตลอดเวลา ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ House (1980) ปรับปรุงโดย จิราพร รักการ (2549) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีข้อคำถามมีความเหมาะสม ครอบคลุมการวัดการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน และเป็นแบบวัดที่ใช้สำหรับวัดกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงจึงมีความสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้

5. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม

5.1 แนวคิดกระบวนการกลุ่ม เป็นกระบวนการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่มที่มีตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป มีปฏิสัมพันธ์กัน มีแรงจูงใจในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วมกัน ซึ่งสมาชิกกลุ่มมีอิทธิพลต่อกัน โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นผู้จัดกระบวนการ เอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอแนะวิธีการต่างๆ กันเองจนเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ภายใต้บรรยากาศที่รู้สึกปลอดภัย ให้เกียรติ ยอมรับ ไว้วางใจและให้กำลังใจ (Marram, 1978)

5.2 องค์ประกอบของกระบวนการกลุ่ม (Marram, 1978) ประกอบด้วย

5.2.1 ลักษณะของกลุ่ม เป็นลักษณะกลุ่มปิด หมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียว ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปิดกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มเกิดพัฒนาการและนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

5.2.2 จำนวนสมาชิกกลุ่ม จำนวนสมาชิกที่เป็นองค์ประกอบของกลุ่มมีความสำคัญไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป เพราะจะไม่เกิดผลในการบำบัด จำนวนสมาชิกที่มีความเหมาะสมในการทำกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งคือ 8-12 คน

5.2.3 ระยะเวลาในการทำกลุ่ม เวลาที่ใช้ในการทำกลุ่มควรอยู่ระหว่าง 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง และจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มอยู่ในช่วง 6-8 ครั้ง

5.3 ระยะเวลาดำเนินการกลุ่ม กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

5.3.1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกับสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกในกลุ่ม สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับสมาชิกด้วยท่าทีที่อบอุ่น สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่ม โดยไม่ใช้ความคิดของตนเป็นเครื่องตัดสิน เมื่อมีความไว้วางใจสมาชิกในกลุ่มจะเต็มใจเปิดเผย ระบายความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเอง ทำให้สมาชิกในกลุ่มมีความมั่นใจในการให้ และรับความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นๆ

5.3.2 ระยะดำเนินการ ระยะนี้สมาชิกในกลุ่มมักจะมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกในกลุ่มจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหาทางแก้ปัญหา และเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกคอยช่วยเหลือสนับสนุน การได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นภายในกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่มรับข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้

5.3.3 ระยะสิ้นสุดกิจกรรม เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปผลของประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม จะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้ประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางอกงามของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากใช้การประเมินด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่มแล้ว ยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มที่แสดงออกจากการประเมินของผู้อื่น บางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะ ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องบอกสมาชิกในกลุ่มให้ทราบล่วงหน้า และในกรณีที่สมาชิกในกลุ่มบางคนเกิดความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องให้โอกาสสมาชิกได้

ระบายความรู้สึกของตนเองอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

6. การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Richieri et al. (2011) และแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มขึ้นมาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้ดีขึ้น โดยสามารถสรุปรายละเอียดของการพัฒนาโปรแกรมได้ ดังนี้


องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ Richieri et al. (2011)	แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981)	โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา
ด้านที่ 2. ภาระทางด้านจิตใจและการดำเนินการดำเนินชีวิตประจำวัน	1. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นการให้ข้อมูลย้อนป้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับสังคม หรือนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประเมินตนเอง เช่น ประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็น ปัญหา การเผชิญความเครียดอย่างมี	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินค่าสถานการณ์และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยและผู้ดูแลกล่าวทักทายแนะนำตนเองเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม ระยะดำเนินการ ให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนมุมมองของตนเองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยสรุปประเด็นถึงการประเมินค่าสถานการณ์นั้นว่ามีผลอย่างไรต่อตนเอง และประเมินต่อในชั้นทุติยภูมิเลือกใช้วิธีในการแก้ไข

<p>องค์ประกอบของ คุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภท ของ Richieri et al. (2011)</p>	<p>แนวคิดการสนับสนุนทาง สังคม ของ House (1981)</p>	<p>โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา</p>
	<p>ประสิทธิภาพโดยฝึกทักษะ การแก้ไขปัญหา โดยนำข้อมูล หรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มา ใช้ในการจัดการกับปัญหา</p>	<p>ปัญหา ให้ความรู้เรื่องการจัดการกับ ปัญหาที่สาเหตุและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและ ฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาโดยใช้ เหตุผล ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการ เลือกจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ด้วย ระยะสิ้นสุด ผู้วิจัยกล่าวสรุป ความสำคัญและให้ผู้ดูแลไปฝึกทักษะ เหล่านี้ต่อที่บ้าน</p>
<p>ด้านที่ 1) ความ ผาสุกทางกายและ จิตใจ ด้านที่ 4) ความสัมพันธ์กับ ทีมจิตเวช</p>	<p>2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความ ไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้ กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถามรับฟังความรู้สึก</p>	<p>กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย ความเครียด ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยและ ผู้ดูแลกล่าวทักทายกัน ทบทวนกิจกรรม ที่ผ่านมา และผู้ดูแลกล่าวทักทายกัน ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ระยะดำเนินการ ให้ผู้ดูแลร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เผชิญ ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย วิธีการ จัดการกับความเครียดและผลลัพธ์ที่ได้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบ วิธีการจัดการกับความเครียดและฝึก ทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่</p>

<p>องค์ประกอบของ คุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภท ของ Richieri et al. (2011)</p>	<p>แนวคิดการสนับสนุนทาง สังคม ของ House (1981)</p>	<p>โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา</p>
		<p>ผู้ดูแลสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ระยะสิ้นสุด ผู้วิจัยกล่าวสรุป ความสำคัญและให้ผู้ดูแลไปฝึกทักษะ เหล่านี้ต่อที่บ้าน</p>
<p>ด้านที่ 3) ความสัมพันธ์กับคู่ สมรส ด้านที่ 5) ความสัมพันธ์กับ ครอบครัว ด้านที่ 6) ความสัมพันธ์กับ เพื่อน</p>	<p>2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้ความรัก ความ ไว้วางใจ ความเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้ กำลังใจ แสดงความห่วงใย สอบถามรับฟังความรู้สึก</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการ จัดการกับอารมณ์ เพื่อส่งเสริม สัมพันธภาพในครอบครัว ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยและ ผู้ดูแลกล่าวทักทายกัน ทบทวนกิจกรรม ที่ผ่านมา ระยะดำเนินการ การฝึกให้ผู้ดูแลรู้จัก วิธีการจัดการควบคุมอารมณ์อย่าง เหมาะสม โดยผู้วิจัยจัดทำสถานการณ์ สมมุติขึ้น ผู้วิจัยบอกสาเหตุและ ผลกระทบที่เกิดจากการแสดงออกของ อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และฝึกทักษะ การแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมต่อโดยให้ ผู้ดูแลนำไปฝึกปฏิบัติต่อที่บ้านกับคู่ สมรส ครอบครัวและเพื่อน ระยะสิ้นสุด ผู้วิจัยกล่าวสรุป ความสำคัญ และแนะนำให้สมาชิกใน กลุ่มได้นำความรู้และทักษะไปฝึกใช้ที่ บ้าน</p>

องค์ประกอบของ คุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภท ของ Richieri et al. (2011)	แนวคิดการสนับสนุนทาง สังคม ของ House (1981)	โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา
<p>1) ด้านความผาสุกทางกายและจิตใจ</p> <p>6) ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน</p>	<p>3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แจง แนวทาง ข้อเสนอแนะและให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ</p>	<p>กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล</p> <p>ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยและผู้ดูแลกล่าวทักทายกัน ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา</p> <p>ระยะดำเนินการ แลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทระหว่างผู้ดูแลในกลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท การดูแลรักษา การสังเกตอาการนำอาการเตือน และยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโดยให้ผู้ดูแลร่วมกันหาแนวทางในการจัดการปัญหา และฝึกทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา</p> <p>ระยะสิ้นสุด ผู้วิจัยกล่าวสรุปความสำคัญ ให้ผู้ดูแลนำความรู้และทักษะไปฝึกใช้ที่บ้าน</p>
<p>ด้านที่ 3) ความสัมพันธ์กับคู่สมรส</p> <p>ด้านที่ 5) ความสัมพันธ์กับครอบครัว</p>	<p>4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrument Support) คือ การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน แรงงาน เวลา ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ต่างๆ ในชุมชน</p>	<p>กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน</p> <p>ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยและผู้ดูแลกล่าวทักทายกัน ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา</p>

<p>องค์ประกอบของ คุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภท ของ Richieri et al. (2011)</p>	<p>แนวคิดการสนับสนุนทาง สังคม ของ House (1981)</p>	<p>โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา</p>
<p>ด้านที่ 6) ความสัมพันธ์กับ เพื่อน ด้านที่ 7) ภาวะ ทางด้านทรัพยากร สนับสนุน</p>	<p>รวมถึงการช่วยเหลือด้าน สิ่งของและการให้บริการ</p>  <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	<p>ระยะดำเนินการ ให้ผู้ดูแลศึกษา สถานการณ์จำลองการสื่อสารทางลบ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและฝึกทักษะ การสื่อสารทางบวกกับเพื่อนสมาชิกใน กลุ่ม และเมื่อกลับบ้านให้ฝึกทักษะการ สื่อสารทางบวกกับผู้ป่วย คู่สมรส และ ครอบครัว จากนั้นให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยน ประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งที่ให้การ ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชน ผู้วิจัยให้ ข้อมูลถึงแหล่งสนับสนุนรวมถึงวิธีการ ขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน ทางสังคมต่างๆ และแนะนำให้ผู้รู้จักกับ เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ เช่น ทีมจิตเวช</p> <p>ระยะสิ้นสุด ผู้วิจัยกล่าวสรุป ความสำคัญ และแนะนำให้สมาชิกกลุ่ม ได้นำความรู้และทักษะไปฝึกใช้ที่บ้าน</p>
		<p>กิจกรรมที่ 6 สรุปประเมินผลและยุติ กลุ่ม</p> <p>ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยและ สมาชิกในกลุ่มกล่าวทักทายกัน ทบทวน กิจกรรมที่ผ่านมา</p> <p>ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแล ทบทวน ความรู้และทักษะต่างๆ ที่ได้รับ</p>

<p>องค์ประกอบของ คุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภท ของ Richieri et al. (2011)</p>	<p>แนวคิดการสนับสนุนทาง สังคม ของ House (1981)</p>	<p>โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา</p>
		<p>จากการเข้าร่วมกิจกรรม ประเมินการ เปลี่ยนแปลงของตนเองว่าได้นำความรู้ และทักษะไปใช้ได้ผลอย่างไร ช่วยกัน ตอบปัญหาและเป็นที่ปรึกษาระหว่าง ผู้ดูแลด้วยกัน ช่วยให้ผู้ดูแลมีการ ช่วยเหลือกัน ร่วมเป็นเครือข่ายในการ ให้การช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น</p> <p>ระยะสิ้นสุด ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ดูแล ที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ปิด กลุ่ม</p>

โดยทุกกิจกรรมผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ทั้ง 3 ระยะ
ประกอบด้วย ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุด

จากการประยุกต์แนวคิดดังกล่าวข้างต้นนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทาง
สังคมแบบกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม เป็นกิจกรรมรายกลุ่มแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่ม
ทดลอง ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดย
โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่ดำเนินการในครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการกลุ่มของ
Marram (1978) ที่แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และ ระยะ
สิ้นสุด ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในทุกกิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินค่าสถานการณ์และฝึกทักษะการแก้ไข
ปัญหา** เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล และระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน ชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย และข้อตกลงของการทำกลุ่ม จากนั้นให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์การ
เผชิญต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้และประเมินค่า

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการจัดการกระทำกับคุณภาพชีวิต ด้านภาระทางด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ ขึ้นอยู่กับว่าผู้ดูแลจะใช้แหล่งประโยชน์ใดและฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผลได้ ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและความมั่นใจในการเลือกจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียด และสาธิตวิธีการจัดการกับความเครียด เป็นการจัดการกระทำกับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์กับทีมจิตเวช ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีแนวทาง และสามารถเลือกวิธีในการจัดการกับความเครียดได้ และให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดทักษะ ให้กลับไปฝึกทำต่อที่บ้านโดยในระหว่างการฝึกปฏิบัติให้ผู้ดูแลขอความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจากสมาชิกในครอบครัว คู่สมรสหรือเพื่อน เป็นการจัดการกระทำกับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางกายและจิตใจ ช่วยบรรเทาความเครียดที่มีอยู่ในร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยจัดให้ผู้ดูแลทราบถึงผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวโดยยกตัวอย่างสถานการณ์ ให้ผู้ดูแลนำไปความรู้ไปพูดคุยกับคู่สมรส ครอบครัว และเพื่อน เมื่อกลับบ้านเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับและให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น จากนั้นให้ผู้ดูแลได้ทำความเข้าใจสาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม สอนวิธีในการจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม และให้ฝึกทักษะการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมต่อโดยให้ผู้ดูแลนำไปฝึกปฏิบัติต่อที่บ้านกับคู่สมรส ครอบครัวและเพื่อน เป็นการจัดการกระทำกับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส ครอบครัว และเพื่อน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว และมีกำลังใจในการทำบทบาทผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาการเจ็บป่วย เป็นการจัดการกระทำกับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์กับทีมจิตเวช ให้ผู้ดูแลนำความรู้ที่ได้รับไปพูดคุยกับคู่สมรส และครอบครัว เพื่อช่วยกันวางแผนการดูแลผู้ป่วย และยกตัวอย่างพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ให้ผู้ดูแลได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว เป็นการจัดการกระทำกับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในครอบครัวอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขมากยิ่งขึ้น เป็นการจัดการกระทำกับคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางกายและจิตใจ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลศึกษาศาสนาการณ์จำลองการสื่อสารทางลบพร้อมร่วมกันแสดงความคิดเห็นและฝึกทักษะการสื่อสารทางบวกกับผู้ป่วย คู่สมรส ครอบครัวและเพื่อนต่อที่บ้าน เป็นการจัดการกระทำกับคุณภาพชีวิต

ด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส ครอบครัว และเพื่อน ให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชน ผู้วิจัยให้ข้อมูลถึงแหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่ วิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ เป็นการจัดการกระทำกับคุณภาพชีวิตด้านภาระทางด้านทรัพยากรสนับสนุน และแนะนำให้ผู้ดูแลรู้จักกับเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ ช่วยให้ผู้ดูแลคลายความกังวล ช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น

กิจกรรมที่ 6 สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเองว่าได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปประยุกต์ใช้อย่างไร โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแลในกลุ่ม และให้ผู้ดูแลช่วยกันตอบคำถามหรือข้อสงสัยต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยเป็นการจัดการกระทำกับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และให้ผู้ดูแลร่วมเป็นเครือข่ายในการให้การช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสรุปการทำกลุ่ม และทำการประเมินผลการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พรชัย พงศ์สงวนสิน จุฬารัตน์ วิโรชะรัตน์ และ ชุตติมา ประทีปะจิตติ (2541) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ : เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่าง คือ 1.ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 211 ราย 2. ญาติผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 182 ราย และ 3. พยาบาล จำนวน 177 ราย ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตตามการประเมินตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางทั้งสิ้นร้อยละ 67.8, 59.9 และ 63.3 ตามลำดับ 2) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและพยาบาล พบว่าใกล้เคียงกัน คือ 57.82, 57.50 และ 57.81 ตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน ทั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมีค่าเท่ากับ 57.72 3) ระดับคุณภาพชีวิตจำแนกตามเกณฑ์ค่าเฉลี่ยโดยรวมพบว่าผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและพยาบาลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 71.56, 59.34 และ 77.40 ตามลำดับ 4) ปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษาและสถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและพยาบาล ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพทางการเงินมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชแต่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 5) ผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและพยาบาลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริินภา นันทพงษ์ (2542) ได้ทำการศึกษาศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 16 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน พบว่าด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ ต่างๆ สูงกว่าด้านอื่น สำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พบมากที่สุด ได้แก่ บุคลากรทางด้านสุขภาพ บิดามารดา พระหรือนักบวชตามลำดับ

เสาวลักษณ์ ยาสุวรรณ (2545) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่นำผู้ป่วยจิตเภทมาตรวจรักษาหรือรับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฝาง และโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 80 ราย โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแล ร้อยละ 80 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลร้อยละ 17.50 มีคุณภาพชีวิตระดับสูง และผู้ดูแลร้อยละ 2.50 มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นรวิรี พุ่มจันทร์ (2548) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และญาติกรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท 36 ราย และญาติ 36 ราย โดยใช้เครื่องมือแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย และ แบบวัดอาการทางจิต (PANSS) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว อาการทางจิตของผู้ป่วยมีความรุนแรงต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต คือ การศึกษาอาชีพ ส่วนคุณภาพชีวิตของญาติมีความสัมพันธ์กับระดับอาการทางจิตของผู้ป่วย และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติ คือ รายได้ของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฑาพัฒนา นิจันรันดร (2549) ได้ทำการศึกษาความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดไบโพลาร์ที่บ้าน กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลานครินทร์ จำนวน 108 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดไบโพลาร์โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาความต้องการการสนับสนุนเป็นรายด้าน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดไบโพลาร์มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำ และการได้เอื้อประโยชน์ช่วยเหลือผู้อื่นในระดับมาก ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง แสดงว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิด

ไบโพลาร์ยังต้องการการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการได้เอื้อประโยชน์ช่วยเหลือผู้อื่นและด้านการได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำ ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพ จึงควรจัดให้มีการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมที่สอดคล้องและตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล

เฟื่องฟ้า สีสวย (2550) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 260 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL Index) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล คือ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกาย และการสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ คือ การสนับสนุนทางสังคม โรคประจำตัวทางกาย และรายได้

วันเพ็ญ อังวฒนศิริกุล (2550) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 87 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์สถานการความเครียดและระดับความเครียด แบบสอบถามการเผชิญความเครียด แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดระดับปานกลาง การเผชิญความเครียดที่ผู้ดูแลเลือกใช้มากที่สุด คือ การจัดการกับปัญหา การบรรเทาความเครียด และการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ ด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ญาติผู้ดูแลประเมินว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด เพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ ตามลำดับ ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

ลิธิฎ ชูโต (2553) ได้ศึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว และความต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจมากที่สุดมีค่าเฉลี่ย 3.81 รองลงมาคือด้านร่างกาย ค่าเฉลี่ย 3.80 ด้านอารมณ์จิตใจ ค่าเฉลี่ย 3.68 และค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.75 กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในระดับมากทุกด้าน ส่วนความต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างพบว่าต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 3.59 ระดับมาก รองลงมาคือด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ค่าเฉลี่ย 3.30 ระดับปานกลาง ด้านอารมณ์จิตใจ ค่าเฉลี่ย 3.25 ระดับปานกลาง ด้านสิ่งของและการอำนวยความสะดวก ค่าเฉลี่ย

3.06 ระดับปานกลาง และโดยรวมค่าเฉลี่ย 3.28 กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวกับความ ต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิไลพร ขำวงษ์ จตุพร หนูสวัสดิ์ วรารัตน์ ประทานวโรปัญญา และจิตาภา ศิริปัญญา (2554) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบล กร่าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 345 ราย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับ ภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และฐานะการเงิน มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เดือนแรม ยศปัญญา (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอ คลองหาด จังหวัดสระแก้ว จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย กลุ่มควบคุม 25 ราย โดย ให้กลุ่มทดลองเข้ารับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก ผลจากการศึกษาพบว่า คุณภาพ ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่าก่อนเข้า โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เอมิกา กลยณี (2556) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนก ผู้ป่วยนอกในเขตภาคกลาง จำนวน 143 ราย โดยใช้แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามภาระในการดูแล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพ ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแล ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก ($r = .583$) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($r = .564$) และการ สนับสนุนทางสังคม ($r = .605$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ($r = -.216$) และ ภาระในการดูแล ($r = -.629$) รายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแล แต่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Chou, Liu, and Chu (2002) ได้ศึกษาผลของกลุ่มสนับสนุนต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ใต้หวัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 84 ราย ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนประเมิน ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงจากก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตาม

2) ระดับของภาระในการดูแลของกลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม 3) กลุ่มตัวอย่างรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกว่าการเข้ากลุ่มสนับสนุนมีประโยชน์ โดยเฉพาะในแง่มุมมองที่ว่ามันเป็นเรื่องที่ดีที่มีคนคอยรับฟังความกังวลของพวกเขา ช่วยให้พวกเขาเป็นทรัพยากรที่มีประโยชน์ ช่วยพวกเขาในด้านอารมณ์ความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตของพวกเขา ช่วยให้ข้อมูลข่าวสารและได้เรียนรู้ถึงกลวิธีในการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ในการดูแล

Awadalla et al. (2005) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนประเทศชูดานและประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยจิตเวชมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 211 ราย โดยใช้เครื่องมือ คือ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเวชไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย แต่ความสัมพันธ์กับคนในสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

Lueboonthavatchai and Lueboonthavatchai (2006) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกรุงเทพมหานคร จำนวน 120 ราย โดยใช้เครื่องมือ 3 แบบ คือ 1) Quality of Life Index Generic Version-III 2) Short Form 36 Health Survey และ 3) Questionnaire for Assessment of Social Support ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ร้อยละ 66.67% มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ และพบว่าภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีและการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ดูแลช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้ดีขึ้นและการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Li et al. (2007) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาระในการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศจีน กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 96 ราย ใช้แบบวัดภาระในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยและแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาจีน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีที่สุด คือ ความรู้ในการดูแลและปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีที่สุด คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและรายได้ของครอบครัว

Yeh et al. (2008) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการรับรู้ของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทในไต้หวัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท 177 รายและผู้ดูแลผู้ป่วย 177 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง the Family Caregiver Burden and Need Schedule (FBNS) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแล ร้อยละ 77.6 มีความต้องการการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย, ร้อยละ 68.2 มี

ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม, ร้อยละ 66.1 มีความต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วย และร้อยละ 27.2 มีความต้องการการช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล ซึ่งความต้องการเหล่านี้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล, ระยะเวลาของการเจ็บป่วย, ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระดับการศึกษาของผู้ดูแล

Caqueo-Urizar et al. (2009) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยนำงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผ่านเว็บไซต์ MEDLINE , PubMed, Web of Science และ PsycINFO ที่ได้รับการเผยแพร่ในช่วงปี ค.ศ. 1998-2008 จำนวน 258 เรื่องโดยใช้คำค้นหาคำว่า quality of life, burden, schizophrenia, families, caregivers และทุกคำรวมกัน และได้ทำการคัดเลือกจนเหลือเพียง 37 เรื่อง เพื่อนำมาทำการวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูของผู้ป่วยมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล สภาพร่างกาย อารมณ์ และความทุกข์ยากทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ภาระของผู้ดูแลและการขาดการสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีระดับลดลงได้

Amendola, Oliveira, & Alvarenga (2011) ได้ศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวขณะให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึมพำ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว 66 ราย ในเมืองเซาเปาโล ประเทศบราซิล โดยใช้เครื่องมือ 2 ชนิด คือ the WHOQOL- BREF และ the Zarit Burden Interview ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ผู้ดูแลที่ได้รับความช่วยเหลือในการให้การดูแลผู้ป่วยมีภาระในการดูแลระดับต่ำ และทำให้มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมสูงขึ้นมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตและภาระในการดูแล จากข้อมูลเหล่านี้จึงเป็นหลักฐานเกี่ยวกับอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตและการรับรู้ภาระของผู้ดูแลในครอบครัว

ZamZam et al. (2011) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทชาวมาเลเซีย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท 117 รายและผู้ดูแลหลักในครอบครัว 117 ราย ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกระดับตติยภูมิ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF) แบบวัดอาการทางจิต (BPRS) และแบบวัดความเครียด (SRRS) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไม่ดี และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษาที่สูงขึ้นของผู้ดูแล การมีภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ดูแล และอาการทางจิตของผู้ป่วยที่มีน้อย

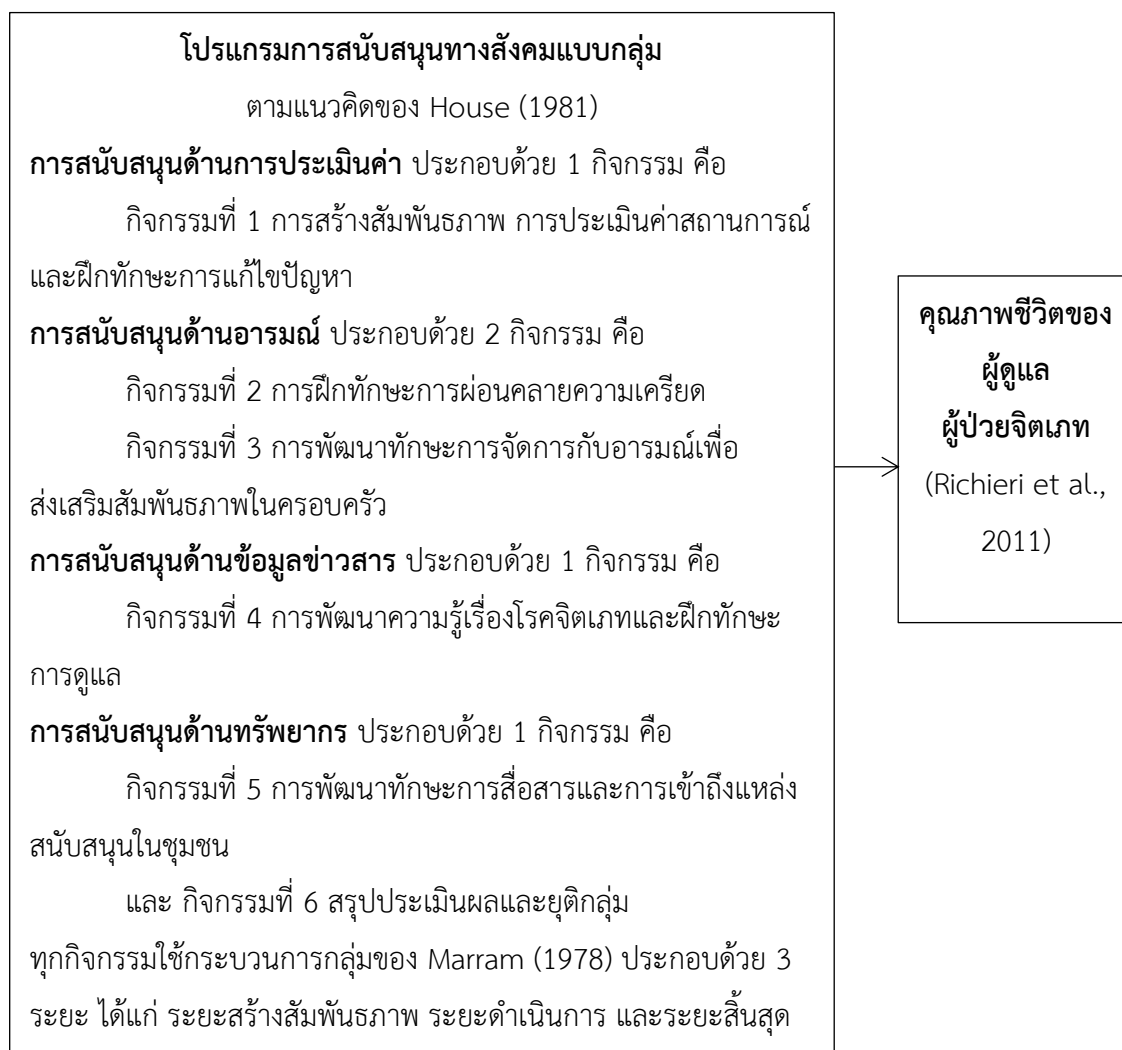
Boyer et al. (2012) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการเปรียบเทียบข้ามวัฒนธรรมระหว่างครอบครัวชาวชิลีและฝรั่งเศส กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชาวชิลี จำนวน

41 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชาวฝรั่งเศส จำนวน 245 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือ the short-form health survey scale-36 items ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งสองประเทศอยู่ในระดับต่ำ แม้จะมีความแตกต่างระหว่างชิลีและฝรั่งเศสโดยเฉพาะในคุณภาพและปริมาณของบริการสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ แต่ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังคงต่ำสำหรับทั้งสองประเทศ

Alkan, Kushnir, Bar, & Kushnir (2016) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของบุตรสาววัยผู้ใหญ่ที่มีมารดาป่วยเป็นจิตเภทและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสูญเสียและได้รับทรัพยากรทางด้านจิตใจในประเทศอิสราเอล กลุ่มตัวอย่าง คือ บุตรสาววัยผู้ใหญ่ที่มีมารดาป่วยเป็นจิตเภท จำนวน 31 รายและบุตรสาวที่มีคุณลักษณะทางสังคมเหมือนกันและมารดามีสุขภาพจิตดี จำนวน 30 ราย โดยใช้แบบวัด Conservation of Psychological Resources Scale และแบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ (MQOL) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของบุตรสาวที่มีมารดาป่วยเป็นจิตเภทต่ำกว่าบุตรสาวที่มารดามีสุขภาพจิตดีอย่างมีนัยสำคัญ โดยในบุตรสาวที่มีมารดาป่วยเป็นจิตเภทมีการสูญเสียแหล่งทรัพยากรทางด้านจิตใจมากกว่าและได้รับทรัพยากรทางด้านจิตใจต่ำกว่าบุตรสาวที่มารดามีสุขภาพจิตดี นอกจากนี้บุตรสาวที่มีมารดาป่วยเป็นจิตเภทมีการทำหน้าที่ของครอบครัวในระดับที่ต่ำกว่า มีระดับอารมณ์ด้านลบที่สูงกว่าและระดับอารมณ์ด้านบวกที่ต่ำกว่าบุตรสาวที่มารดามีสุขภาพจิตดี

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีงานวิจัยเชิงทำนาย และเชิงทดลองที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่ยังไม่พบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังมีจำกัด ซึ่งพบเพียงการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (เดือนแรม ยศปัญญา, 2555) และแม้ว่าจะมีงานวิจัยเชิงทดลองที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางยังไม่ถึงระดับดี ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดการสนับสนุนทางสังคม การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้ดีขึ้น และการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Lueboonthavatchai and Lueboonthavatchai, 2006) ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านของ House (1981) และแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) นำมาจัดกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

8. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

โดย

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

O₁ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

O₂ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

O₃ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

X หมายถึง การใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มในการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ที่พาผู้ป่วยมารับบริการหรือมารับยาแทน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามิหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่งอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย

2. เป็นผู้ที่มิมีสถานภาพสมรสคู่ โดยคู่สมรสยังมีชีวิตอยู่และอาศัยอยู่ด้วยกัน ตามเกณฑ์การวิจัยของ Richieri et al. (2011)

3. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

4. มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง

5. สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้

6. มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำลงมา (ตั้งแต่ 62 คะแนนและต่ำกว่าลงมา) ตามเกณฑ์การวิจัยของ Richieri et al. (2011)

7. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน

2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) จากการนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ เดือนแรม ยศปัญญา (2555) มาร่วมในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 91.33% และมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 8.66% ที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha = .01$ พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่ม คือ 6 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด คือ 12 คน และหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะกับการวิจัยแบบทดลอง เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติมากที่สุด (Normality) ควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยเท่ากับ 30 คน ซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มมากขึ้นและมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลงจึงทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้ในกลุ่มตัวอย่างมีค่าที่ใกล้เคียงกับค่าพารามิเตอร์ของประชากร (Burn and Grove, 2005) แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้โดยใช้วิธีการจับคู่ (Matched Pair) กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ด้วยรายได้ของครอบครัว (เอมิกา กลยนี้, 2556; Li et al., 2007, Caqueo-Urizar et al., 2009) และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (เอมิกา กลยนี้, 2556; Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai, 2006; ZamZam et al., 2011 ; Wong et al., 2012) (ดังรายละเอียดใน

ภาคผนวก ฉ) โดยก่อนเริ่มกิจกรรมที่ 1 มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง Drop out จำนวน 1 คน เนื่องจากไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน จึงทำให้คงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 39 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. หลังจากโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัย

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าแผนกเวชระเบียนเพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการ ผู้วิจัยไปคัดเลือกแฟ้มประวัติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการพร้อมผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลมารับยาแทนตามข้อมูลที่มีการบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติและโปรแกรมคอมพิวเตอร์ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ และประเมินเบื้องต้นว่าผู้ดูแลมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้าหรือไม่ โดยแฟ้มประวัติที่ผ่านการคัดเลือกจะถูกติดป้ายสัญลักษณ์ที่แฟ้ม ซึ่งหัวหน้าเวชระเบียนอนุญาตให้ผู้วิจัยติดป้ายที่แฟ้มเพื่อเป็นการแจ้งให้เจ้าหน้าที่ของแผนกผู้ป่วยนอกรับทราบว่าคุณดูแลของผู้ป่วยแฟ้มดังกล่าวจะต้องเข้ารับการคัดกรองเข้าโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของแผนกผู้ป่วยนอกทุกคนเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย การติดป้ายสัญลักษณ์ที่แฟ้มผู้ป่วยและขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทุกท่านให้ช่วยเชิญผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกคนที่แฟ้มประวัติมีมีการติดป้ายสัญลักษณ์มาเข้ารับการคัดกรองด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างรอคิวเข้ารับการตรวจ

4. ผู้วิจัยไปทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ ระหว่างวันที่ 18 ธันวาคม 2560-26 มกราคม 2561 โดยแนะนำตัวและสอบถามข้อมูลกับผู้ดูแลเพื่อประเมินว่าผู้ดูแลมีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์ข้อที่1-5 หรือไม่ โดยมีผู้ดูแลผ่านเกณฑ์เบื้องต้นทั้ง 5 ข้อ ทั้งหมดจำนวน 250 คน และผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทช่วยทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นผู้วิจัยแจ้งผลการประเมินให้ผู้ดูแลรับทราบ

5. สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับตลอดจนขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Inform Consent Form)ทั้งสิ้นจำนวน 88 คน

6. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้โดยใช้วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (Matched-Pairs) ด้วยรายได้ของครอบครัว (เอมิกา กลยณี, 2556; Li et al., 2007, Caqueo-Urizar et al., 2009) และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (เอมิกา กลยณี, 2556; Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai, 2006; ZamZam et al., 2011 ; Wong et al., 2012) สำหรับคนที่จับคู่ไม่ได้ผู้วิจัยแนะนำถึงการพยาบาลตามปกติที่ผู้ดูแลจะได้รับแม้ไม่ได้เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

8. ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างทีละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับสลากเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบจำนวน 20 คู่ โดยก่อนเริ่มกิจกรรมที่ 1 มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง Drop out จำนวน 1 คน เนื่องจากไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน จึงทำให้คงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 39 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโครงสร้างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ และได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2560 เลขที่ 008/2560 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย ซึ่งการยกเลิกนี้จะไม่มีการกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อกลุ่มตัวอย่างและการรักษาของผู้ป่วย และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และตอบคำถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีแล้วผู้วิจัยจึงขอความความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหากมีข้อสงสัยในระหว่างการวิจัยสามารถสอบถามข้อมูลจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. **เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง** คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House et al. (1981) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม ตามแนวคิดของ Marram (1978) โดยมีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการให้การสนับสนุนทางสังคมของ House et al. (1981) และแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978)

1.2 ศึกษาปัญหา สาเหตุ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Richieri et al. (2011)

1.3 สร้างโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม กำหนดโครงสร้างของกิจกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร และใช้กระบวนการกลุ่มทั้ง 3 ระยะ ของ Marram (1978) ได้แก่ ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ ระยะเวลาดำเนินการ และระยะสิ้นสุด ในทุกกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินค่าสถานการณ์และฝึกทักษะการแก้ไข
ปัญหา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินค่าสถานการณ์
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและวิธีในการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล
4. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ดูแลสามารถ

1. แสดงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแสดงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง

2. สามารถประเมินค่าสถานการณ์ที่ต้องเจอในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. สามารถเลือกใช้วิธีในการแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสม
4. มีทักษะในการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล

สาระสำคัญ การสร้างสัมพันธภาพเป็นการสร้างความพร้อมและแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้นในระหว่างการประชุม การให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินค่าสถานการณ์จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบ่งปันข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ การจัดการกับสถานการณ์เหล่านั้นโดยเลือกใช้วิธีในการเผชิญปัญหา 2 แบบ คือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่ปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเองและผู้อื่น และการได้ฝึกการประเมินค่าสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากสมาชิกในกลุ่มและฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการประเมินค่าสถานการณ์ได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและความมั่นใจในการเลือกจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยสร้างสัมพันธภาพโดยถามความเป็นอยู่ทั่วไป สร้างความคุ้นเคยเพื่อสร้างบรรยากาศผ่อนคลายและสร้างความไว้วางใจ
2. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวเอง และให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัวเอง พร้อมแจกใบแนะนำโครงการ
3. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกลุ่มและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถาม
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนบอกถึงเหตุผลในการดูแลและความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทตามใบงานที่ 1/1
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผ่านมุมมองของตนเองพร้อมทบทวนแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเปิดโอกาสให้เพื่อนสมาชิกได้แลกเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์นั้นๆ
6. ผู้นำกลุ่มบรรยายใบความรู้ที่ 1/1 เรื่องการประเมินค่าสถานการณ์และกลวิธีการเผชิญปัญหา
7. ผู้นำกลุ่มแจกใบงานที่ 1/2 ให้สมาชิกทุกคนฝึกทักษะในการประเมินค่าสถานการณ์และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา
8. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ในเรื่องการประเมินค่าสถานการณ์ที่เหมาะสมจะมีผลต่อการทบทวนแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การนำข้อมูลมาหาวิธีการแก้ไขปัญหาและส่งผลถึงผลลัพธ์ที่ตามมาอย่างไร

9. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนนำเสนอการประเมินค่าสถานการณ์และวิธีการแก้ไขปัญหาที่เลือก เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้ร่วมกัน

10. ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลป้อนกลับ หรือรับรองให้ทราบถึงผลที่สมาชิกได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเปรียบเทียบกับมาตรฐานสังคมหรือสมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่ม

11. ผู้นำกลุ่มบรรยายใบความรู้ที่ 1/2 เรื่องการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล

12. ผู้นำกลุ่มให้ใบการบ้านเรื่องการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผลกับสมาชิกทุกคนกลับไปทำการบ้านโดยให้นำมาส่งในวันทำกลุ่มครั้งต่อไป

13. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปประเด็นอีกครั้งพร้อมกล่าวชมเชย ให้กำลังใจและให้สมาชิกนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกทักษะต่อที่บ้าน และนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สื่อการสอน

1. ใบความรู้ 1/1 เรื่องการประเมินค่าสถานการณ์และกลวิธีการเผชิญปัญหา
2. ใบความรู้ที่ 1/2 เรื่องการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล
3. ใบงานที่ 1/1 ความรู้สึกและความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทจากการทำบทบาทผู้ดูแล
4. ใบงานที่ 1/2 ฝึกทักษะในการประเมินค่าสถานการณ์และการแก้ไขปัญหา (จากสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท)
5. ใบการบ้านเรื่องการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล
6. ดินสอ/ปากกา กระดาษ สำหรับผู้ดูแล

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ และสามารถตอบคำถามในงานได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น

2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการผ่อนคลายความเครียดในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 ผู้ดูแลสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุ และอาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้

2. บอกระดับความเครียดของตนเองได้
3. บอกวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้
4. มีทักษะในการผ่อนคลายความเครียดสามารถแสดงวิธีผ่อนคลายความเครียด

สาระสำคัญ การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ เนื่องจากต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ โดยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วย วิธีการจัดการกับความเครียดและผลลัพธ์ที่ได้ จากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและอาการของความเครียด ซึ่งเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลกระทบของความเครียด การประเมินความเครียดด้วยตนเอง วิธีการจัดการกับความเครียดในรูปแบบต่างๆ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่ผู้ดูแลสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ เป็นต้น พร้อมให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดจนเกิดทักษะซึ่งจะช่วยให้บรรเทาความเครียดที่มีอยู่ในร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก และเปิดโอกาสให้สมาชิกทักทายกัน โดยพูดถึงเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยมากขึ้น
2. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 โดยสอบถามถึงทักษะการแก้ไขปัญหาที่ได้นำไปใช้ที่บ้าน
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วย วิธีการจัดการกับความเครียดและผลลัพธ์ที่ได้
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 2/1 ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย
5. ผู้นำกลุ่มนำเสนอใบความรู้เรื่องความเครียด
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 2/2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
7. ผู้นำกลุ่มนำเสนอใบความรู้เรื่องวิธีการจัดการกับความเครียดในรูปแบบต่างๆ
8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง
9. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปประเด็นอีกครั้ง พร้อมกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ และให้สมาชิกนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกทักษะต่อที่บ้าน และนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สื่อการสอน

1. ใบความรู้ 2/1 เรื่องความเครียด

2. ใบความรู้ 2/2 เรื่องวิธีการจัดการกับความเครียดในรูปแบบต่างๆ
3. ใบงานที่ 2/1 ความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วย
4. ใบงานที่ 2/2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
5. ดินสอ/ปากกา กระดาษ สำหรับผู้ดูแล

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ และสามารถตอบคำถามในงานแต่ละกิจกรรมได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพใน

ครอบครัว

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้จักวิธีการจัดการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ดูแลสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุและผลกระทบที่เกิดจากการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม
2. บอกวิธีการจัดการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
3. มีทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ การรับบทบาทผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบหลายอย่างทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้เกิดความเครียด และความขัดแย้งกันภายในครอบครัวซึ่งหลายสถานการณ์มีสาเหตุจากการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมนั้นจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์ด้วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลจะต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้เรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว รวมทั้งสาเหตุและผลกระทบที่เกิดจากการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม พร้อมฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ของตนเองและแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมซึ่งจะส่งผลที่ดีต่อสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก และเปิดโอกาสให้สมาชิกทักทายกัน โดยพูดถึงเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยมากขึ้น
2. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน โดยสอบถามถึงทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่สมาชิกได้นำไปใช้ที่บ้าน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยที่สมาชิกได้รับ
4. ผู้นำกลุ่มแจกใบความรู้ 3/1 เรื่องผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว และมอบหมายให้สมาชิกนำกลับไปที่บ้านและเล่าให้คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนฟัง เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงผลกระทบที่สมาชิกได้รับและเพื่อให้เกิดความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น
5. ผู้นำกลุ่มมอบใบงานที่ 3/1 การสนับสนุนที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สมาชิกกลับไปทำที่บ้าน
6. ผู้นำกลุ่มนำเสนอสถานการณ์สมมติการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 3/2 สาเหตุและผลกระทบที่เกิดจากการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม
8. ผู้นำกลุ่มนำเสนอใบความรู้ 3/2 เรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว
9. ผู้นำกลุ่มแจกใบการบ้านเรื่องการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์และแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมให้สมาชิกทุกคนกลับไปทำที่บ้านโดยให้นำมาส่งในวันทำกลุ่มครั้งต่อไป
10. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปประเด็นอีกครั้ง พร้อมกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ และให้สมาชิกนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกทักษะต่อที่บ้าน และนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สื่อการสอน

1. ใบความรู้ 3/1 เรื่องผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
2. ใบความรู้ 3/2 เรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว
3. ใบงานที่ 3/1 การสนับสนุนที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ใบงานที่ 3/2 ฝึกวิเคราะห์สาเหตุ ผลกระทบ และการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม
5. ใบการบ้าน เรื่องการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์และแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
6. ดินสอ/ปากกา กระดาษ สำหรับผู้ดูแล

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ และสามารถตอบคำถามในงานแต่ละกิจกรรมได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการดูแลจากการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

ผู้ดูแล

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้ดูแลสามารถ

1. บอกข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท การดูแลรักษา อาการข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการนำ อาการเตือน และวิธีการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้
2. มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสมผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและมีทักษะในการดูแล ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทของตนเองและเพิ่มเติมข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันเข้าไป จะส่งผลให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาการเจ็บป่วย รับรู้ข้อจำกัดของโรค มีความคาดหวังกับผู้ป่วยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง และให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกทักษะการดูแลจากการจัดการกับตัวอย่างพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยในสถานการณ์ต่างๆ รวมถึงวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการรู้จักสังเกตอาการนำอาการเตือน ซึ่งจะทำให้สมาชิกเกิดทักษะและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก และเปิดโอกาสให้สมาชิกทักทายกัน โดยพูดถึงเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยมากขึ้น
2. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน โดยสอบถามถึงทักษะการจัดการกับอารมณ์ที่สมาชิกได้นำไปใช้ที่บ้าน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจที่มีเกี่ยวกับโรคจิตเภท
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 4/1 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท
5. ผู้นำกลุ่มนำเสนอใบความรู้ 4/1 เรื่องโรคจิตเภท
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนของผู้ป่วยที่พบในระหว่างที่ได้ให้การดูแล

7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 4/2 การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท
8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย
9. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 4/3 วิธีการจัดการกับอาการที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย
10. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในบริบทต่างๆ เช่น ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยเกียจคร้านไม่สนใจทำงาน เป็นต้น
11. ผู้นำกลุ่มแจกคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแจกใบการบ้านเรื่องทักษะการดูแลที่ฉันทัดทำที่บ้านให้สมาชิกทุกคนกลับไปทำที่บ้านโดยให้นำมาส่งในวันทำกลุ่มครั้งต่อไป
12. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปประเด็นอีกครั้ง พร้อมกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ และให้สมาชิกนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกทักษะต่อที่บ้าน และนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สื่อการสอน

1. ใบความรู้ 4/1 เรื่องโรคจิตเภท
2. คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบงานที่ 4/1 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท
4. ใบงานที่ 4/2 การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท
5. ใบงานที่ 4/3 วิธีการจัดการกับอาการที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย
6. ใบการบ้านเรื่องทักษะการดูแลที่ฉันทัดทำที่บ้าน
7. ดินสอ/ปากกา กระจก สำหรับผู้ดูแล

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ และสามารถตอบคำถามในใบงานแต่ละกิจกรรมได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจวิธีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับทราบถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้จักวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้ดูแลสามารถ

1. มีทักษะในการสื่อสารทางบวก
2. บอกถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
3. บอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ได้

สาระสำคัญ การสื่อสารทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ความต้องการของผู้ดูแลและการสื่อสารทางบวกเป็นการสื่อสารที่ดี ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรได้เรียนรู้วิธีการสื่อสารทางบวก เพื่อให้เกิดทักษะและสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลได้รู้จักเครือข่ายทางสังคม โดยให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชน พร้อมทั้งให้ข้อมูลถึงเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ และวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ช่วยให้ผู้ดูแลคลายความกังวล ช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียดในการดูแล ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก และเปิดโอกาสให้สมาชิกทักทายกัน โดยพูดถึงเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยมากขึ้น
2. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมครั้งก่อนเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้เล่าถึงทักษะการดูแลที่ฉันฝึกทำที่บ้าน
3. ผู้นำกลุ่มนำเสนอใบความรู้ 5/1 เรื่องการพัฒนาทักษะการสื่อสาร
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 5/1 ประสบการณ์การสื่อสารทางบวกและมอบหมายงานให้สมาชิกทุกคนฝึกทักษะการสื่อสารทางบวกกับผู้ป่วย คู่สมรส ครอบครัวและเพื่อนเมื่อกลับบ้าน
5. ผู้นำกลุ่มอ่านใบงานที่ 5/1 ประสบการณ์การสื่อสารทางบวกของสมาชิกแต่ละคนและสรุปประเด็นเรื่องทักษะการสื่อสารทางบวก
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 5/2 แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ท่านทราบ
8. ผู้นำกลุ่มนำเสนอใบความรู้ 5/2 เรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
9. ผู้นำกลุ่มแนะนำสมาชิกให้รู้จักกับกับเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ เช่น ทีมจิตเวช แหล่งสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกกรมสุขภาพจิต
10. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปประเด็นอีกครั้ง พร้อมกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ และให้สมาชิกนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกทักษะต่อที่บ้าน และนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สื่อการสอน

1. ใบความรู้ 5/1 เรื่องการพัฒนาทักษะการสื่อสาร
2. ใบความรู้ 5/2 เรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบงานที่ 5/2 ประสบการณ์การสื่อสารทางบวก
4. ใบงานที่ 5/3 แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ท่านทราบ
5. ดินสอ/ปากกา กระดาษ สำหรับผู้ดูแล

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ และสามารถตอบคำถามในใบงานแต่ละกิจกรรมได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 6 สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความมั่นใจในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน
2. เพื่อประเมินผลการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ผู้ดูแลสามารถ

1. ทบทวนความรู้และทักษะที่สำคัญในแต่ละกิจกรรมได้
2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติที่บ้าน

สาระสำคัญ การให้สมาชิกกลุ่มทบทวนความรู้และทักษะต่างๆ ที่ได้รับจากการเข้าร่วม กิจกรรม เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเองว่าได้นำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และให้สมาชิกช่วยกันตอบปัญหาและเป็นที่ปรึกษา ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีการช่วยเหลือกัน เพื่อให้สมาชิกได้ตระหนักถึง ศักยภาพของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และให้สมาชิกได้ร่วมกันเป็นเครือข่ายในการให้การช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการประเมินผลการสนับสนุนทางสังคมของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย และพูดถึงเรื่องทั่วไปกับสมาชิก กล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การทำกิจกรรมกลุ่มวันนี้
2. ผู้นำกลุ่มกล่าวทบทวนกิจกรรมทุกกิจกรรมที่ได้ดำเนินการผ่านมา

3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์และทักษะต่างๆ ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 6/1 การนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้ในการดูแล ผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
5. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามประเด็นข้อสงสัยต่างๆ และให้สมาชิกช่วยกันตอบปัญหาและเป็นที่ปรึกษาระหว่างสมาชิกด้วยกัน
6. ผู้นำกลุ่มสอบถามสมาชิกในการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายในการช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อทำการกำกับ การทดลอง พร้อมแจ้งผลการประเมิน
8. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุป และยุติการทำกลุ่ม พร้อมกับนัดหมายสมาชิกในการทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสัปดาห์ต่อไป

สื่อการสอน

1. การอภิปรายกลุ่ม
2. ใบงานที่ 6/1 การนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ และคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่ได้พัฒนาขึ้น ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบเนื้อหาของกิจกรรม ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปีจำนวน 1 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิจาก 4 ท่าน ใน 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมมาปรับแก้ไขตาม

ข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรมและความถูกต้องของภาษา โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ไขตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

ในส่วนของรูปแบบกิจกรรม ควรเน้นให้ผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลแต่ละคนในกลุ่มก่อน เพื่อให้เกิดศักยภาพของการทำกลุ่มจากนั้นผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือเพิ่มเติมเนื้อหาให้ครบถ้วนสมบูรณ์ในการทำกิจกรรมทุกครั้ง และให้เน้นประโยชน์กับสัมพันธภาพที่ดีเพื่อกลุ่มตัวอย่างจะได้ให้ความร่วมมือและเข้าร่วมกลุ่มได้อย่างต่อเนื่องทุกครั้ง ควรมีการกล่าวชื่นชม ยกย่องกลุ่มตัวอย่างในกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำได้ดี ผู้วิจัยได้นำคำแนะนำดังกล่าวมาปฏิบัติในระหว่างการทำกิจกรรมทุกกิจกรรม และเพิ่มกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความชื่นชมสมาชิกกลุ่มที่ได้นำไปงานและการบ้านที่มอบหมายไปทดลองปฏิบัติและเกิดผลที่ดีโดยให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในช่วงต้นของการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 4 และกิจกรรมครั้งที่ 5

ในส่วนของเนื้อหาของกิจกรรม ได้มีการปรับแก้ไขเนื้อหาใน 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ควรให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมคิดหรือทบทวนตนเองว่ามีใครคอยรับฟัง/ปรึกษา/ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขโดยเพิ่มข้อความ “ใครคือคนที่คอยรับฟังหรือให้คำปรึกษาเมื่อท่านมีปัญหา” ลงในใบงานที่ 1/2

กิจกรรมที่ 2 ใบความรู้ที่ 2/2 เรื่องวิธีการจัดการกับความเครียดในรูปแบบต่างๆ มีเนื้อหาค่อนข้างมาก ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้กระชับและอ่านง่ายขึ้น รวมทั้งได้ทำเป็นรูปภาพประกอบคำบรรยายในคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยเพื่อให้สามารถอ่านทำความเข้าใจแล้วนำไปปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

กิจกรรมที่ 3 ให้ปรับรูปแบบใบงานให้เหมาะสมในการลงบันทึกข้อมูลและอ่านได้สะดวก ผู้วิจัยได้ปรับรูปแบบใบงานที่ 3/1 จากแบบตาราง 3 คอลัมน์เป็นแบบให้เติมข้อความในบรรทัดแยกออกเป็น 3 หัวข้อและใบงานที่ 3/2 ผู้วิจัยได้ปรับจากแบบให้เติมข้อความในบรรทัดแยก 2 หัวข้อเป็นแบบตาราง 3 คอลัมน์และเพิ่มตัวอย่างสถานการณ์เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจในบริบท

กิจกรรมที่ 4 ให้ปรับรูปแบบใบงานให้เหมาะสมในการลงบันทึกข้อมูลและอ่านได้สะดวก ผู้วิจัยได้ปรับรูปแบบใบงานที่ 4/3 และ 4/4 จากเดิมเป็นแบบให้เติมข้อความในบรรทัดใบงานละหนึ่งหัวข้อ โดยเปลี่ยนให้รวมเป็นใบงานเดียวคือใบงานที่ 4/3 ในรูปแบบตาราง 2 คอลัมน์และให้ปรับแก้ไขข้อความจาก “พฤติกรรมที่เป็นปัญหา” เป็น “พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม”

กิจกรรมที่ 5 ให้ปรับเพิ่มเนื้อหาในใบความรู้ 5/1 เรื่องการพัฒนาทักษะการสื่อสาร โดยให้เพิ่มเนื้อหาเรื่องไอ เมสเสจ (I message) ผู้วิจัยได้เพิ่มเนื้อหาเรื่อง ไอ เมสเสจ เข้าไปตามคำแนะนำ

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์

จำนวน 5 ราย ดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ทั้งด้านความชัดเจนของภาษา รูปแบบกิจกรรมที่นำไปใช้ ความเหมาะสมของเวลารวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ก่อนนำไปใช้จริง ภายหลังจากการทดลองใช้โปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในเนื้อหาของแต่ละกิจกรรมและการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนสามารถดำเนินไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยได้ปรับคำอธิบายในกิจกรรมที่ 4 เรื่องโรคจิตเภทให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น เนื่องจากภาษาที่ใช้บางคำจะเป็นวิชาการทำให้เข้าใจได้ยาก นอกจากนี้พบว่าเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมที่เหมาะสมคือ ครึ่งละ 90 นาที ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ศาสนา ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยแปลมาจาก The Schizophrenia Caregiver Quality of Life questionnaire (S-CGQoL) ของ Richieri et al. (2011) ประกอบด้วยข้อความรวม 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ช่วง ตั้งแต่ เสมอ ถึง ไม่เคยเลย โดยข้อความครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 7 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านความผาสุกทางกายและจิตใจ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางลบทั้ง 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, และ 5
- 2) ด้านภาระทางด้านจิตใจและชีวิตประจำวัน จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางลบทั้ง 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 8, 9, 10 และ 11
- 3) ด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส จำนวน 3 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวกทั้ง 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12, 13 และ 14
- 4) ด้านความสัมพันธ์กับทีมจิตเวช จำนวน 3 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวกทั้ง 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 16 และ 17
- 5) ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว จำนวน 3 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18 กับ 19 และข้อความทางลบได้แก่ ข้อ 20
- 6) ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวกทั้ง 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21 กับ 22

7) ด้านภาระทางด้านทรัพยากรสนับสนุน จำนวน 3 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางลบทั้ง 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 23, 24 และ 25

การประเมินคุณภาพชีวิตจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เสมอ	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
บ่อยครั้ง	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
บางครั้ง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
นานๆ ครั้ง	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
ไม่เคยเลย	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

การคิดคะแนนทำได้โดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม รวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อแล้วหาค่าเฉลี่ย โดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ พิจารณาค่าคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ ประคองกรรมสูตร (2542) แบ่งเป็น 5 ช่วง กำหนดค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 113-125	หมายถึง	คุณภาพชีวิตระดับสูงสุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 88-112	หมายถึง	คุณภาพชีวิตระดับสูง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 63-87	หมายถึง	คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 38-62	หมายถึง	คุณภาพชีวิตระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 25-37	หมายถึง	คุณภาพชีวิตระดับต่ำสุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยแปลมาจาก The Schizophrenia Caregiver Quality of Life questionnaire (S-CGQoL) ของ Richieri et al. (2011) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือและเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้อง/เหมาะสมมาก 3 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้อง/เหมาะสมค่อนข้างมาก 2 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้อง/เหมาะสมน้อย และ 1 หมายถึง

ข้อคำถามไม่สอดคล้อง/ไม่เหมาะสมกับคำนิยาม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ จากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิโดยรวมจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยค่าที่ยอมรับได้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ .80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2008) จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2550)

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

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้เท่ากับ .80 ซึ่งผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้ทรงคุณวุฒิยังมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อทำให้ข้อคำถามมีความสมบูรณ์มากขึ้น ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ข้อ 7 “ท่านต้องลดเวลาที่ให้กับกิจกรรมเวลารว่าง (เช่น ออกไปเที่ยวนอกบ้าน ทำสวน จับจ่ายซื้อของ งานจิตอาสา เป็นต้น” แก้ไขเป็น “ท่านต้องลดเวลาที่ให้กับกิจกรรมส่วนตัว (เช่น ออกไปเที่ยวนอกบ้าน ทำสวน จับจ่ายซื้อของ งานจิตอาสา เป็นต้น)”

ข้อ 9 “ท่านมีความรู้สึกที่ท่านไม่ได้ทุ่มเทเวลาให้กับครอบครัว” ให้นำไปรวมกับข้อคำถามด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว ผู้วิจัยได้นำไปรวมไว้กับด้านดังกล่าวโดยเปลี่ยนมาเป็นข้อที่ 20 และเลื่อนข้อถัดไปขึ้นมาเป็นข้อ 9 แทน

ข้อ 11 “ท่านมีความยากลำบากในการวางแผนอาชีพ หรือเรื่องส่วนตัวของตนเอง” แก้ไขเป็น “ท่านมีความยากลำบากในการวางแผนอาชีพของตนเอง”

ข้อ 14 “ท่านมีชีวิตที่น่าพึงพอใจในด้านอารมณ์ และความสัมพันธ์ทางเพศ” แก้ไขเป็น “ท่านมีชีวิตที่น่าพึงพอใจในด้านอารมณ์ และเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ”

ข้อ 18 “ท่านได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากครอบครัว” แก้ไขเป็น “ท่านได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากครอบครัว (เช่น การเงิน การสืบเปลี่ยนดูแลผู้ป่วย เป็นต้น)”

ข้อ 23 “ท่านเผชิญความยากลำบากในการบริหารงานต่างๆ เพราะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (ซึ่งเป็น บิดา/มารดา บุตร สามี/ภรรยา พี่/น้อง ของท่าน)” แก้ไขเป็น “ท่านมีความยากลำบากในการบริหารจัดการงานต่างๆ เพราะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท”

ข้อ 24 “ท่านมีความยากลำบากทางการเงิน เนื่องจากต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (ซึ่งเป็น บิดา/มารดา บุตร สามี/ภรรยา พี่/น้อง ของท่าน)” แก้ไขเป็น “ท่านมีปัญหาทางการเงินเนื่องจากต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท”

ข้อ 25 “ท่านมีความขาดแคลนวัตถุปัจจัยต่างๆ (เช่น ที่พัก ยานพาหนะ เป็นต้น)”แก้ไข เป็น “ท่านมีความขาดแคลนทรัพยากรวัตถุปัจจัยต่างๆ (เช่น ที่พัก ยานพาหนะ เป็นต้น)”

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ภายหลังจากปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ที่โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา รายนาม 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของ เครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาจะอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ค่าที่ยอมรับได้ในระดับต่ำที่สุดคือ .70 (DeVellis, 2012) ผลจากการคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน งานวิจัยครั้งนี้ พบว่าได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเป็นรายด้าน ดังนี้ 1) ด้านความผาสุกทางกาย และจิตใจ เท่ากับ .82 2) ด้านภาระทางด้านจิตใจและชีวิตประจำวัน เท่ากับ .66 3) ด้าน ความสัมพันธ์กับคู่สมรส เท่ากับ .678 4) ด้านความสัมพันธ์กับทีมจิตเวช เท่ากับ .31 5) ด้าน ความสัมพันธ์กับครอบครัว เท่ากับ .25 6) ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน เท่ากับ .47 7) ด้านภาระ ทางด้านทรัพยากรสนับสนุน เท่ากับ .81 และมีค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .79

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ จิราพร รักษ์การ (2549) เป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง ซึ่งใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1980) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ตลอดเวลา ถึง ไม่เป็นจริงเลย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

- 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3 และ 4 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 5
 - 2) การสนับสนุนทางวัตถุ จำนวน 4 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวกทั้งหมด ได้แก่ ข้อ 6, 7, 8 และ 9
 - 3) การสนับสนุนการยอมรับและการเห็นคุณค่า จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12, 13 และ 14 และข้อความทางลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10 และ 11
 - 4) การสนับสนุนด้านการให้ข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17 และ 18 และข้อความทางลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19
- เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ตลอดเวลา	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
บ่อยครั้ง	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
บางครั้ง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
นานๆ ครั้ง	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
ไม่เป็นจริงเลย	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน

การคิดคะแนนทำได้โดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม รวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อแล้วหาค่าเฉลี่ย โดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ พิจารณาค่าคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ ประคองกรรมสูตร(2542) แบ่งเป็น 5 ช่วง กำหนดค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสุด

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำสุด

เกณฑ์กำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 6 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนเฉลี่ยรวมของการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางขึ้นไป (สุณีย์ แสงดาว, 2554) และหากภายหลังการประเมินพบว่าผู้ดูแลคนใดมีคะแนนไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะพูดคุยกับผู้ดูแลเป็นรายบุคคล เพื่อร่วมกันประเมินปัญหาและอุปสรรคว่ายังขาดการสนับสนุนทางสังคมในด้านใด เพื่อสนับสนุนเพิ่มเติมในส่วนนั้นๆ จนกว่าผู้ดูแลคนนั้นจะมีคะแนนถึงเกณฑ์ที่กำหนด

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม (สิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 6) ผู้วิจัยทำการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทันที พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนการประเมินการสนับสนุนทางสังคมผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นั่นคือ มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางขึ้นไป (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ จิราพร รักการ (2549) ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแล้ว ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .88 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ตัดแปลงเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปทำการตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาจะอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ค่าที่ยอมรับได้ในระดับต่ำที่สุดคือ .70 (DeVellis, 2012) ผลจากการคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในงานวิจัยครั้งนี้ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเป็นรายด้าน ดังนี้ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ เท่ากับ .82 2) การสนับสนุนทางวัตถุ เท่ากับ .63 3) การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า เท่ากับ .62 และ 4) การสนับสนุนด้านการให้ข่าวสาร เท่ากับ .51 และมีค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .80

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนในการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ดังรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้และฝึกทักษะโดยทำการลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาลและในชุมชน จำนวน 6 หน่วยกิต และทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรม และเครื่องมือวิจัย ทำการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาจนเครื่องมือมีความสมบูรณ์ และจัดทำแผนดำเนินการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ เพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

1.4 หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอก

1.5 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา

และแจ้งรายละเอียดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแก่หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ ขออนุญาตใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขออนุญาตศึกษาเพิ่มประวัติ

1.6 ผู้วิจัยศึกษาเพิ่มประวัติและคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการพร้อมกับผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มีญาติมารักษาแทน เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เบื้องต้น

1.7 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่มาใช้บริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ และทำการประเมินผู้ดูแลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Inform Consent Form)

1.8 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยใช้วิธีการจับคู่ (Matched Pair) ให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ด้วยรายได้ของครอบครัว (เอมิกา กลยณี, 2556; Li et al., 2007, Caqueo-Urizar et al., 2009) และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (เอมิกา กลยณี, 2556; Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai, 2006; ZamZam et al., 2011 ; Wong et al., 2012)

1.9 ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างทีละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับสลากเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบจำนวน 20 คู่ (ตามรายละเอียดในภาคผนวก ฉ) โดยก่อนเริ่มกิจกรรมที่ 1 มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง Drop out จำนวน 1 คน เนื่องจากไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน จึงทำให้คงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 39 คน

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 **กลุ่มควบคุม** ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วยการตรวจคัดกรองประเมินอาการ การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ดูแล การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เช่น การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา วิธีสังเกตอาการเตือนอาการนำก่อนอาการกำเริบ วิธีการใช้ยาจิตเวช การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย วิธีการผ่อนคลายเครียด การให้สุขภาพจิตศึกษาในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการส่งต่อแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

2.2 กลุ่มทดลอง

2.1 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่มย่อย เพื่อให้มีขนาดของกลุ่มที่เหมาะสม

โดยก่อนเริ่มกิจกรรมที่ 1 มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง Drop out จำนวน 1 คน เนื่องจากไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน จึงทำให้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มละ 9 คน และ 10 คน จากนั้นดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จำนวน 6 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรม ณ ห้องประชุมคลังใจ 2 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้นำกลุ่มด้วยตนเองทุกครั้ง

2.2 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มให้กับกลุ่มตัวอย่าง ตามรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 1

2.3 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 ทันทันที โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 1 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ณ ห้องประชุมคลังใจ 2 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

กิจกรรม	กลุ่มที่/จำนวนสมาชิก	ว/ด/ป	เวลา
ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินค่าสถานการณ์และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	28 มกราคม 61	เวลา 10.00-11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	29 มกราคม 61	เวลา 10.00-11.30 น.
ครั้งที่ 2 การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	04 กุมภาพันธ์ 61	เวลา 10.00-11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	05 กุมภาพันธ์ 61	เวลา 10.00-11.30 น.
ครั้งที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	11 กุมภาพันธ์ 61	เวลา 10.00-11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	12 กุมภาพันธ์ 61	เวลา 10.00-11.30 น.
ครั้งที่ 4 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	18 กุมภาพันธ์ 61	เวลา 10.00-11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	19 กุมภาพันธ์ 61	เวลา 10.00-11.30 น.

กิจกรรม	กลุ่มที่/จำนวนสมาชิก	ว/ด/ป	เวลา
ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	25 กุมภาพันธ์ 61	เวลา 10.00-11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	26 กุมภาพันธ์ 61	เวลา 10.00-11.30 น.
ครั้งที่ 6 สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	04 มีนาคม 61	เวลา 10.00-11.30 น.
	กลุ่มที่ 2 (9 คน)	05 มีนาคม 61	เวลา 10.00-11.30 น.

สรุปผลจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินค่าสถานการณ์และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินค่าสถานการณ์
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและวิธีในการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล
4. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ดูแลสามารถ

1. แสดงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแสดงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง
2. สามารถประเมินค่าสถานการณ์ที่ต้องเจอในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. สามารถเลือกใช้วิธีในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม
4. มีทักษะในการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล

การดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา 90 นาที

ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยสร้างสัมพันธภาพโดยถามความเป็นอยู่ทั่วไป สร้างความคุ้นเคยเพื่อสร้างบรรยากาศผ่อนคลายและสร้างความไว้วางใจ
2. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวเอง และให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัวเอง พร้อมแจกใบแนะนำโครงการ
3. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกลุ่มและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถาม

ระยะดำเนินการ

4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนบอกถึงเหตุผลในการดูแลและความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทตามใบงานที่ 1/1
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผ่านมุมมองของตนเองพร้อมทบทวนแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเปิดโอกาสให้เพื่อนสมาชิกได้แลกเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์นั้นๆ
6. ผู้นำกลุ่มบรรยายใบความรู้ที่ 1/1 เรื่องการประเมินค่าสถานการณ์และกลวิธีการเผชิญปัญหา
7. ผู้นำกลุ่มแจกใบงานที่ 1/2 ให้สมาชิกทุกคนฝึกทักษะในการประเมินค่าสถานการณ์และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา
8. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ในเรื่องการประเมินค่าสถานการณ์ที่เหมาะสมจะมีผลต่อการทบทวนแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การนำข้อมูลมาหาวิธีการแก้ไขปัญหาและส่งผลถึงผลลัพธ์ที่ตามมาอย่างไร
9. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนนำเสนอการประเมินค่าสถานการณ์และวิธีการแก้ไขปัญหาที่เลือก เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้ร่วมกัน
10. ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลป้อนกลับ หรือรับรองให้ทราบถึงผลที่สมาชิกได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเปรียบเทียบกับมาตรฐานสังคมหรือสมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่ม
11. ผู้นำกลุ่มบรรยายใบความรู้ที่ 1/2 เรื่องการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล
12. ผู้นำกลุ่มให้ใบการบ้านเรื่องการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผลกับสมาชิกทุกคนกลับไปทำเป็นการบ้านโดยให้นำมาส่งในวันทำกลุ่มครั้งต่อไป

ระยะสิ้นสุด

13. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปประเด็นอีกครั้ง พร้อมกล่าวชมเชย ให้กำลังใจและให้สมาชิกนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกทักษะต่อที่บ้าน และนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น และการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกกลุ่ม พบว่าสมาชิกทั้งสองกลุ่มให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ร่วมแสดงความคิดเห็นด้วยท่าทีสนใจ โดยเปิดเผยเรื่องราวของตนเองให้แก่เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้รับฟังด้วยสีหน้าผ่อนคลาย เป็นกันเอง เมื่อสมาชิกในกลุ่มเห็นด้วยต่อวิธีการเผชิญปัญหา มีการกล่าวชื่นชม และกล่าวขอบคุณซึ่งกันและกันทำให้ผู้ดูแลมีสีหน้ายิ้มแย้ม เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเอง ประเมินความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทโดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง จากกิจกรรมตามใบงานที่ ใบงาน 1/1 เหตุผลในการดูแลและความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกยินดีร่วมเล่าเรื่องโดยสมาชิกในกลุ่มทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นและการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกกลุ่ม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล ดังนี้

“ดูแลเค้าในฐานะที่เราเป็นภรรยา ไม่ทอดทิ้งเค้าไปเพราะคิดถึงวันที่เราดูแลตัวเองไม่ได้ เค้าก็คอยช่วยเหลือเรา อยากให้เค้าช่วยเหลือตัวเอง ทำความสะอาดร่างกาย ช่วยทำงานบ้านได้”

“เราดูแลเค้าในฐานะแม่ที่ต้องรับผิดชอบดูแลบุตร อยากให้เขาสามารถอยู่ในสังคมได้ อาจจะไม่เต็มร้อยเหมือนเดิม ได้สัก 80 เปอร์เซ็นต์ก็พอใจแล้ว ก็จะดูแลเค้าให้ดีที่สุด”

“ดูแลเค้าในฐานะที่เราเป็นพี่ชาย ที่บ้านมีพี่น้องหลายคนแต่เค้าสนิทกับเราที่สุด จึงได้รับเค้ามาดูแล ก็อยากให้เค้าอาการดีขึ้นสามารถช่วยเหลือตัวเอง ช่วยทำงานเล็กๆน้อยๆได้บ้าง”

และสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการทำบทบาทของผู้ดูแลได้จากการฝึกประเมินค่าสถานการณ์และการแก้ไขปัญหา ตามใบงานที่ 1/2 ฝึกทักษะในการประเมินค่าสถานการณ์และการแก้ไขปัญหา โดยสมาชิกในกลุ่มทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นและการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกกลุ่ม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล ดังนี้

“ในตอนแรกหลังจากที่รู้ว่าลูกชายของแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทแม่รู้สึกทำใจยอมรับไม่ได้ โทษว่าเป็นเวรเป็นกรรมเป็นความผิดของตัวเองและประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับลูกของแม่เป็นอันตรายหรือสูญเสียเพราะแม่คิดว่าได้เสียลูกชายคนที่เป็นความหวังของครอบครัว การที่ลูกของแม่ป่วยเป็นโรคทางจิตทำให้เค้าไม่เหมือนเดิม เค้ามีอาการหวาดระแวง หงุดหงิด ร้องตะโกนด่าว่าแม่และคนอื่นอยู่บ่อยครั้ง แม่ก็ไม่รู้ว่าควรทำตัวแบบไหนดี ทำให้เกิดเรื่องทะเลาะกันในครอบครัว หลังจากได้มาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้ทำให้แม่ได้เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหา การปรับตัวในการดูแลลูก แม่ก็ได้แนวทางในการดูแลลูกมากขึ้นและได้นำไปทำจริงที่บ้านโดยพยายามพูดคุยกับเค้าดีๆ ไม่พูดต่อต้าน ปลอบใจให้เค้าได้ระบายจนอารมณ์เย็นขึ้นแล้ว จึงค่อยคุยกับเค้าใหม่แล้วเค้าก็มาขอโทษแม่ พอคุณพยาบาลบอกให้แม่ลองประเมินสถานการณ์การดูแลใหม่อีกครั้ง แม่รู้สึกว่าการดูแลลูกทุกวันนี้เป็นความรู้สึกทำหายไปแล้ว เพราะเวลาที่มีปัญหาแม่รู้จักวิธีประเมินค่าสถานการณ์ การหาแหล่ง

สนับสนุนช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาก็ว่า แต่ถ้าที่จะพูดคุยกับลูกชายและสามีมากขึ้นทำให้สบายใจและไม่เกิดการทะเลาะกันเหมือนเดิม”

“เวลาที่เค้ากินเหล้ามาแล้วอาละวาดจะมาทำร้ายแม่ เหตุการณ์แบบนี้แม่รู้สึกว่าเป็นอันตราย เราไม่รู้ว่าจะมีมือกับสถานการณ์นั้นอย่างไรทำให้แม่รู้สึกเครียดมาก ในตอนนั้นแม่ได้โทรไปแจ้งความกับตำรวจเพื่อให้ตำรวจนำไปส่งโรงพยาบาล หลังออกจากโรงพยาบาลเค้าก็ยังไปกินเหล้าอีก แม่อยากให้เค้าเลิกกินเหล้าตอนที่เค้าไม่ได้กินเหล้าเค้าก็คุยกันรู้เรื่อง พอกินเหล้าแล้วกลายเป็นอีกคนเลย พอได้มาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทำให้แม่ได้รับฟังเรื่องราวและวิธีแก้ไขปัญหาของเพื่อนในกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน อย่างของเพื่อนเค้าได้พาลูกไปหมอแล้วได้ยำน้ามาหยอดใส่ในอาหารซึ่งแม่ก็ไม่เคยรู้มาก่อนเลยว่ามีการรักษาแบบนี้ด้วยจึงทำให้แม่ได้แนวทางการแก้ไขปัญหา โดยแม่ก็จะพาเค้าไปปรึกษากับคุณหมอเพื่อเค้าจะดีขึ้นกว่านี้ และแม่ก็ไปคุยกับพี่สาวเพื่อหาคนให้คำปรึกษาเป็นที่พึ่งทางใจก็ทำให้แม่รู้สึกเครียดน้อยลง พอคุณพยาบาลบอกให้แม่ลองประเมินสถานการณ์การดูแลใหม่อีกครั้งตอนนี้แม่มองว่าเป็นความรู้สึกถูกคุกคามไม่ถึงขั้นเป็นอันตรายหรือสูญเสียแล้วเพราะมีแหล่งที่ไปขอความช่วยเหลือได้จึงเริ่มมองเห็นทางออกของปัญหา”

และจากการที่ให้สมาชิกได้ฝึกการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล โดยให้สมาชิกทุกคนกลับไปทำเป็นการบ้าน แล้วนำมาบอกเล่าประสบการณ์ของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มฟัง ได้ผลลัพธ์ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล ดังนี้

“ทุกวันสามีเค้าจะตีหมาแพ้ววันละ 2 แก้วช่วงเช้า และ M-150 2 ขวดต่อวัน หลังจากมาทำกิจกรรมกลุ่ม บ้าได้นำเอาความรู้ที่ได้รับไปใช้โดยได้พูดคุยกับสามีถึงผลเสียว่าการตีเครื่องตีมพวกนี้มันทำลายฤทธิ์ของยารักษาโรค และทำให้อาการกำเริบได้ง่าย ต้องกลับไปนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สามีเค้ายอมรับฟังและสัญญาว่าจะลดปริมาณการตีมลง บ้าก็ลองสังเกตดูสามีทุกวัน เค้าก็ลดการตีหมาแพ้ววันละ 1 แก้ว ส่วน M-150 ก็จะมีบ้าง หนึ่งวันลดเหลือวันละ 1 ขวดหรือบางวันก็ไม่ตีมเลยก็มี และเค้าก็ยังมาช่วยบ้าทำงานบ้านได้มากขึ้นด้วย บ้ามองว่าเค้าดีขึ้นกว่าแต่ก่อนนะค่ะ บ้าก็พูดชมเชยให้กำลังใจสามี เค้าก็พยายามทำตามที่สัญญาไว้กับบ้า”

“เมื่อก่อนที่ลูกจะป่วยเค้าเป็นคนง่ายๆ กินอะไรก็ได้พอทำอาหารอะไรให้เขาก็กินได้ แต่พอป่วยเป็นโรคจิตเภทเขาจะกินอะไรหิวอะไร เขาก็บอกให้พ่อไปซื้อไปหามาให้เขาให้ได้ พ่อก็ตามใจเพราะความรักลูกรู้สึกสงสารที่เห็นเค้าป่วยแบบนี้ จนรู้สึกว่ามันเริ่มไม่ไหวแล้ว หิวตอนไหนก็ให้ไปซื้อให้ตอนนั้น บางทีพ่อกำลังนอนหลับๆ อยู่ ก็ไปเรียกจะกินให้ได้ พ่อเลยลองคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหารื่องนี้โดยใช้เหตุผลก็คิดว่ามันเป็นเพราะเราเองที่ตามใจลูกมากเกินไป ต่อมาพ่อเลยปรึกษากับแม่ว่าจะทำอย่างไรดีมันถึงจะไม่ลำบากไปมากกว่านี้ ก็เลยตกลงกันว่าให้ตามใจลูกเป็นบางอย่าง อันไหนหาได้ง่ายก็ให้ไป อันไหนหายากก็หาอย่างอื่นมาทดแทน ตอนแรกๆ เค้าก็ไม่ยอม

ต้องฝึกต้องหัดสอนให้เขาทำกับข้าวเพื่อที่เค้าจะได้ทำเป็น ผลลัพธ์ที่ได้จากการไม่ตามใจลูกจนเกินไปและสอนให้ทำกับข้าวกินเอง พอรู้สึกว่าการรุนแรงที่เคยมีก็ได้ลดน้อยลงพอสมควร ตัวเค้าเองก็รู้สึกดีใจที่สามารถทำอาหารได้เอง”

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการผ่อนคลายความเครียดในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 ผู้ดูแลสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุ และอาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้
2. บอกระดับความเครียดของตนเองได้
3. บอกวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้
4. มีทักษะในการผ่อนคลายความเครียดสามารถแสดงวิธีผ่อนคลายความเครียด

การดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา 90 นาที

ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก และเปิดโอกาสให้สมาชิกทักทายกัน โดยพูดถึงเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยมากขึ้น

ระยะดำเนินการ

2. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 โดยสอบถามถึงทักษะการแก้ไขปัญหาที่ได้นำไปใช้ที่บ้าน
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วย วิธีการจัดการกับความเครียดและผลลัพธ์ที่ได้
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 2/1 ความเครียดในการดูแลผู้ป่วย
5. ผู้นำกลุ่มนำเสนอใบความรู้เรื่องความเครียด
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 2/2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
7. ผู้นำกลุ่มนำเสนอใบความรู้เรื่องวิธีการจัดการกับความเครียดในรูปแบบต่างๆ
8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

ระยะสิ้นสุด

9. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปประเด็นอีกครั้ง พร้อมกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ และให้สมาชิกนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกทักษะต่อที่บ้าน และนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น และการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกกลุ่ม พบว่าสมาชิกทั้งสองกลุ่มมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส มีการพูดคุย ทักทายกันด้วยท่าที่เป็นกันเอง มีความยินดีที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม บอกถึงความเครียดในการดูแลวิธีการจัดการและผลลัพธ์ที่ได้ ตามใบงานที่ 2/1 ความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล ดังนี้

“รู้สึกเครียดเรื่องลูกกินเหล้าตั้งแต่ตื่นนอน พยายามคุยกับลูกไม่ให้กินเยอะ บอกลูกว่าอยากให้ลูกหาย อยากให้อยู่ในสังคมได้ แต่ลูกยังคงกินอยู่เลยมาปรึกษาแพทย์ได้รับยาไปหยอดในอาหาร ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ลูกรับปากว่าจะกินนิดเดียว”

“เครียดเรื่องสามีไม่ยอมกินยา บอกสามีว่าถ้าไม่กินยาจะนอนไม่หลับ ป้าจัดยาให้และคอยดูเวลาที่สามีกินยา ผลลัพธ์ที่ได้ คือ สามียอมกินยาและนอนหลับได้”

“รู้สึกเครียดเรื่องการขับถ่ายไม่ถูกที่ การแต่งกายใส่เสื้อผ้ามืดกลับหน้ากลับหลัง ต้องคอยบอกเค้าให้ทำให้ถูกที่ แต่งตัวให้อาบน้ำให้ ทำใจเหมือนเลี้ยงเด็กไปคนหนึ่ง ผลลัพธ์ที่ได้ คือ เค้ารับปากแต่ทำไม่ได้”

“เครียดเมื่อเค้ามีอาการกำเริบ อยู่ไม่นิ่ง คุณแม่ก็จะระงับอารมณ์ตัวเอง เดินหนี แล้วค่อยคุยกับลูกใหม่ ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ลูกสงบอารมณ์ขึ้นแล้วคุยกันรู้เรื่อง ไม่ทะเลาะกันเหมือนเมื่อก่อน”

และจากการที่ผู้วิจัยนำเสนอความรู้เรื่องความเครียด เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดมากยิ่งขึ้น พบว่าอาการที่เกิดจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า ไหล่ ปวดศีรษะและโรคกระเพาะอาหาร พร้อมทั้งให้สมาชิกในกลุ่มทุกคนได้ทำใบงานที่ 2/2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ผลการประเมินพบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นส่วนใหญ่และในระดับมากหนึ่งราย

จากนั้นผู้วิจัยพัฒนาทักษะการดูแลตนเองโดยให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพในวิธีต่างๆ พบว่าสมาชิกสามารถปฏิบัติตามได้ มีท่าทางพึงพอใจ สีหน้ายิ้มแย้ม สมาชิกในกลุ่มบอกว่ากิจกรรมนี้มีประโยชน์สามารถนำไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ และสมาชิกสามารถเลือกใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล ดังนี้

“ทำแล้วรู้สึกเบาตัว บริเวณที่ปวดก็มีอาการดีขึ้น”

“ฉันทำทุกวันเลย วันละครึ่ง ทำแล้วสบายตัว นอนหลับได้ดีขึ้น”

“คุณแม่ได้ฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน โดยลูกสาวคนที่ป่วยเค้าเห็นแม่ทำเค้าก็มาทำตามแม่ เมื่อทำแล้วได้ผลดีไม่ปวดเมื่อย ทุกวันนี้ลูกมาชวนแม่ทำเป็นประจำเลยคะ”

และการประเมินจากการให้ผู้ดูแลนำไปปฏิบัติเป็นการบ้านและนำมาแลกเปลี่ยนในกิจกรรมครั้งต่อไป พบว่ามีสมาชิกบางคนได้นำวิธีคลายเครียดไปสอนผู้ป่วยที่ดูแลที่บ้านให้ทำตามได้และผู้ป่วยทำแล้วรู้สึกชอบจึงมาชวนให้ผู้ดูแลมาทำพร้อมกับผู้ป่วยในครั้งต่อไป ซึ่งผู้ดูแลรู้สึกว่ากิจกรรมนี้เกิดประโยชน์เป็นอย่างมากทำให้ผู้ดูแลสบายตัวหายเมื่อยและยังส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอีกด้วย

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์เพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้จักวิธีการจัดการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ดูแลสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุและผลกระทบที่เกิดจากการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม
2. บอกวิธีการจัดการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
3. มีทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

การดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา 90 นาที

ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก และเปิดโอกาสให้สมาชิกทักทายกัน โดยพูดถึงเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยมากขึ้น

ระยะดำเนินการ

2. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน โดยสอบถามถึงทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่สมาชิกได้นำไปใช้ที่บ้าน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยที่สมาชิกได้รับ
4. ผู้นำกลุ่มแจกใบความรู้ 3/1 เรื่องผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว และมอบหมายให้สมาชิกนำกลับไปที่บ้านและเล่าให้คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนฟัง

เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงผลกระทบที่สมาชิกได้รับและเพื่อให้เกิดความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

5. ผู้นำกลุ่มมอบใบงานที่ 3/1 การสนับสนุนที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สมาชิกกลับไปทำที่บ้าน
6. ผู้นำกลุ่มนำเสนอสถานการณ์สมมติการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 3/2 ฝึกวิเคราะห์สาเหตุ ผลกระทบ และการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม
8. ผู้นำกลุ่มนำเสนอใบความรู้ 3/2 เรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว
9. ผู้นำกลุ่มแจกใบการบ้านเรื่องการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์และแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมให้สมาชิกทุกคนกลับไปทำที่บ้านโดยให้นำมาส่งในวันทำกลุ่มครั้งต่อไป

ระยะสิ้นสุด

10. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปประเด็นอีกครั้ง พร้อมกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ และให้สมาชิกนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกทักษะต่อที่บ้าน และนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม พบว่าสมาชิกในกลุ่มมีความสนใจ ร่วมแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกกลุ่ม โดยเรื่องผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว พบว่าผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจทุกครอบครัว โดยเฉพาะในด้านจิตใจ ผู้ดูแลรู้สึกเครียด เหนื่อยหน่าย ท้อแท้จากการดูแลผู้ป่วย และตามใบงานที่ 3/1 การสนับสนุนที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในด้านอารมณ์ คอยรับฟัง คอยรับทุกข์ ให้คำปรึกษา คำแนะนำ สิ่งของ เงินทอง ช่วยทำงานบ้าน แต่ส่วนใหญ่สมาชิกในกลุ่มจะเป็นคนดูแลเป็นหลักไม่ค่อยมีใครมาสับเปลี่ยนในการดูแลแทน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย นำมาซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และในใบงานที่ 3/2 ฝึกวิเคราะห์สาเหตุ ผลกระทบ และการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม ผู้วิจัยให้สมาชิกได้ฝึกวิเคราะห์จากสถานการณ์จริงที่เกิดจากการดูแล พบว่าสมาชิกสามารถวิเคราะห์ได้ถูกต้องทั้งสาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม สมาชิกในกลุ่มเห็นความสำคัญของการแสดงออกทางอารมณ์ โดยนำเทคนิคที่ได้เรียนรู้ไปปรับใช้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล ดังนี้

“ฉันใช้วิธีเอาใจเขามาใส่ใจเรา ลองคิดดูว่าถ้าเราเป็นคนป่วยเหมือนเค้าบ้างเราก็คงต้องการให้มีคนมาพูดด้วยดีๆ เหมือนกัน”

“เมื่อลูกกำลังโมโห ต่ำว่าเสียงดัง แม่ก็ใช้เทคนิคการเดินหนีไปสงบสติอารมณ์ตัวเองก่อน นับหนึ่งถึงสิบ ให้ใจเย็นๆ แล้วค่อยคุยกับลูก มันก็ได้ผลดีนะทำให้เราไม่ทะเลาะกัน”

“ป่าลองใช้การทำหุทวนลม ทำเป็นไม่ได้ยินเรื่องนั้น และชวนคุยเรื่องอื่นไป แค่นี้ก็ไม่วายวายนะแถมยังตอบเรื่องอื่นที่ป่าถามด้วย”

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการดูแลจากการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้ดูแลสามารถ

1. บอกข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท การดูแลรักษา อาการข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการนำ อาการเตือน และวิธีการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้
2. มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา 90 นาที

ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก และเปิดโอกาสให้สมาชิกทักทายกัน โดยพูดถึงเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยมากขึ้น

ระยะดำเนินการ

2. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน โดยสอบถามถึงทักษะการจัดการกับอาการที่สมาชิกได้นำไปใช้ที่บ้าน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจที่มีเกี่ยวกับโรคจิตเภท
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 4/1 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท
5. ผู้นำกลุ่มนำเสนอใบความรู้ 4/1 เรื่องโรคจิตเภท
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนของผู้ป่วยที่พบในระหว่างที่ได้ให้การดูแล
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 4/2 การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท
8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย
9. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 4/3 วิธีการจัดการกับอาการที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

10. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในบริบทต่างๆ เช่น ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยเกียจคร้านไม่สนใจทำงาน เป็นต้น

11. ผู้นำกลุ่มแจกคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแจกใบการบ้านเรื่องทักษะการดูแลที่ฉันทน์ฝึกทำที่บ้านให้สมาชิกทุกคนกลับไปทำที่บ้านโดยให้นำมาส่งในวันทำกลุ่มครั้งต่อไป

ระยะสิ้นสุด

12. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปประเด็นอีกครั้ง พร้อมกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ และให้สมาชิกนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกทักษะต่อที่บ้าน และนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น และการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ สรุปประเด็นตามใบงานที่ 4/1 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท พบว่า

สาเหตุของโรคเกิดจาก : การใช้สารเสพติด ไปเกณฑ์ทหารถูกทำร้ายร่างกาย ครอบครัวยแตกแยก คบเพื่อนไม่ดี ความกดดันด้านจิตใจและอุบัติเหตุ ซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มสาเหตุในเรื่องของพันธุกรรม เข้าไปและอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าโรคจิตเภทเกิดจากหลายสาเหตุและในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด

อาการของโรคมีอะไรบ้าง : หูแว่ว คิดว่ามีคนปองร้าย เก็บตัว ทำลายข้าวของ พุดคนเดียว พุดจากร้าว ร้าว หวาดระแวง นอนมาก ไม่พุด เดินหาของเก่า ผู้ดูแลบางคนคิดว่าอาการผิดปกติมีสาเหตุมาจากความเชื่อทางไสยศาสตร์

การรักษาทำอย่างไร : พามารักษาที่ รพ.จิตเวช มียากิน ยาฉีด โดยพบว่าผู้ดูแลทุกคนเคยพาผู้ป่วยไปอาบน้ำมนต์ พาไปหาคนทรง หมอธรรมชาวมอ ไปหาหมอจูด จนสุดท้ายอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจึงพามาหาหมอที่โรงพยาบาลจิตเวช บางคนปล่อยไว้นานเป็นปีกว่าจะได้รับการรักษา

อาการข้างเคียงจากยาอะไรบ้าง : นอนหลับมากกว่าปกติ ปวดกล้ามเนื้อ ลึนแข็ง ตัวแข็งที่อ้อมง่าย ความจำสั้น ซึม กินอาหารมาก หรือเบื่ออาหาร จากอาการข้างเคียงดังกล่าวทำให้มีผู้ป่วยหลายคนไม่ยอมกินยาหรือกินยาไม่ต่อเนื่องทำให้เกิดอาการกำเริบ

สรุปประเด็นตามใบงานที่ 4/2 การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีอาการพุดมาก พุดเสียงดัง บ่นอยู่คนเดียว กินอาหารมากบางครั้งก็น้อย ทำลายสิ่งของในบ้าน อยู่ไม่นิ่ง อารมณ์รุนแรง ไม่นอน หงุดหงิด ตาขวาง โมโหง่าย ออกจากบ้านบ่อย เป็นต้น ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การใช้ยาทางจิตเวช การสังเกตอาการข้างเคียงจากยาและการดูแลเบื้องต้น อาการเตือนอาการนำ อาการที่ต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที การดูแลผู้ป่วยเมื่อมี

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และแจกคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้ไปอ่านศึกษาเพิ่มเติมที่บ้าน หลังการให้ข้อมูลดังกล่าวพบว่าผู้ดูแลมีความเข้าใจโรคจิตเภทและมีความเข้าใจผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ประเมินได้จากการซักถาม ทบทวนความรู้ สามารถบอกข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลได้ ดังตัวอย่างคำพูดจากผู้ดูแล ดังนี้

“ลูกของแม่กินยาแล้วบ่นปวดกล้ามเนื้อตัวตามทำให้เขาไม่ยอมกินยา แม่เข้าใจแล้วว่ามันเป็นอาการข้างเคียงจากยา แม่จะพาเขามาพบแพทย์เพื่อขอคำปรึกษาเขาจะได้ไม่ขาดยา”

“สามปีวันๆเอาแต่นอน ป้าจะสอนเขาให้ช่วยทำงานบ้าน และจะทำความเข้าใจเขาให้ดีขึ้น”

“ตอนแรกคิดแต่ว่าเขาโดนของแน่ๆ ไม่คิดว่าจะป่วยเป็นโรคจิตเภทเลย ตอนนี้ได้รู้จักโรคนี้น่ามากขึ้นแล้ว โรคนี้อีกินยาดีๆ อาการก็จะดีขึ้นสามารถดูแลตนเองได้”

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจวิธีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับทราบถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้จักวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้ดูแลสามารถ

1. มีทักษะในการสื่อสารทางบวก
2. บอกถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
3. บอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ได้

การดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา 90 นาที

ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก และเปิดโอกาสให้สมาชิกทักทายกัน โดยพูดถึงเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยมากขึ้น

ระยะดำเนินการ

2. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมครั้งก่อนเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้เล่าถึงทักษะการดูแลที่ฉันฝึกทำที่บ้าน
3. ผู้นำกลุ่มนำเสนอใบความรู้ 5/1 เรื่องการพัฒนาทักษะการสื่อสาร
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 5/1 ประสพการณ์การสื่อสารทางบวกและมอบหมายงานให้สมาชิกทุกคนฝึกทักษะการสื่อสารทางบวกกับผู้ป่วย คู่สมรส ครอบครัวและเพื่อนเมื่อกลับบ้าน

5. ผู้นำกลุ่มอ่านใบงานที่ 5/1 ประสพการณ์การสื่อสารทางบวกของสมาชิกแต่ละคนและสรุปประเด็นเรื่องทักษะการสื่อสารทางบวก
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสพการณ์เกี่ยวกับแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 5/2 แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ท่านทราบ
8. ผู้นำกลุ่มนำเสนอใบความรู้ 5/2 เรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
9. ผู้นำกลุ่มแนะนำสมาชิกให้รู้จักกับกับเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ เช่น ทีมจิตเวช แหล่งสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกกรมสุขภาพจิต

ระยะสิ้นสุด

10. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปประเด็นอีกครั้ง พร้อมกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ และให้สมาชิกนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกทักษะต่อที่บ้าน และนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น และการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกกลุ่ม โดยสรุปประเด็นจากใบงานที่ 5/1 ประสพการณ์การสื่อสารทางบวกของสมาชิก พบว่าสมาชิกทุกคนเคยมีประสพการณ์การสื่อสารทางบวกกับผู้ป่วย และมีความเข้าใจเทคนิคการสื่อสารทางบวกและไอ เมสเชส เพิ่มมากขึ้น โดยบอกว่าการพูดแบบไอ เมสเชส เป็นการเรียนรู้ใหม่ที่ไม่เคยได้ยินที่ไหนมาก่อน และบอกว่าจะนำเทคนิคต่างๆ เหล่านี้ไปพูดคุยกับผู้ป่วยที่บ้าน เพราะมองเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการที่ได้นำไปทดลองพูดกับผู้ป่วยแล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดจากผู้ดูแล ดังนี้

แม่ : “กินข้าวเสร็จแล้วหนูอย่าวางของไว้อย่างนี้นะลูก เอาไปเก็บ ถ้าล้างได้ก็ล้าง”

ผู้ป่วย : “หนูขอคิดดูก่อนนะแม่ ได้ๆ หนูเอาจานไปล้างดีกว่าค่ะ”

ภรรยา : “วันนี้ฉีรดที่นอนหรือเปล่า”

ผู้ป่วย : “ไม่ครับ”

ภรรยา : ดีมากๆ เยี่ยมๆ

แม่ : “แม่ไม่อยากจะให้หนูกินเหล้าเยอะ มันไม่ดี แม่เป็นห่วง”

ลูก : “ผมจะพยายามเลิกกินครับแม่”

แม่ : “แม่รู้สึกเสียใจ ที่ลูกพูดจาไม่ดีกับแม่”

ลูก : “หนูขอโทษนะ หนูจะบาปไหมคะ”

และสรุปประเด็นจากใบงานที่ 5/2 แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ท่านทราบ ได้ว่า แหล่งสนับสนุนที่ผู้ดูแลทราบและเคยไปใช้บริการที่เป็นสถานที่ ได้แก่ วัด รพ.สต. โรงพยาบาลอำเภอ

โรงพยาบาลมหาราช โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ที่เป็นบุคคล ได้แก่ เพื่อน อสม. ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดจากผู้ดูแล ดังนี้

“โรงพยาบาลเป็นที่พึ่งสำคัญของเอ็ง เป็นอะไรก็ต้องพามา”

“เคยมีพยาบาลไปเยี่ยมบ้านครั้งหนึ่ง เคื่ก็มาให้คำแนะนำในการดูแลคนไข้ รู้สึกดีใจอยากไปเยี่ยมบ้านอีก”

“ตอนน้องชายอาการกำเริบ ผมก็โทรไปเรียกตำรวจให้มาช่วยจับตัวส่งโรงพยาบาล”

จากการสอบถามพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังไม่รู้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคนพิการ จึงยังไม่ได้พาผู้ป่วยไปขึ้นทะเบียนผู้พิการทางจิตและยังไม่ได้รับเบี้ยความพิการ ผู้วิจัยจึงได้ให้ข้อมูลตามใบความรู้ 5/2 เรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากให้ข้อมูลแล้ว มีผู้ดูแลให้ความสนใจสอบถามข้อมูลหลายข้อ ดังตัวอย่างคำพูดจากผู้ดูแล

“ฉันอยากให้สามีมีงานทำอยู่ที่บ้าน ฉันต้องไปติดต่อกับเรื่องอย่างไร”

“ฉันอยากให้ลูกขึ้นทะเบียนผู้พิการเพื่อรับเบี้ยผู้พิการต้องใช้เอกสารอะไรบ้าง”

“ฉันอยากเปลี่ยนสิทธิการรักษาให้กับลูกเพื่อจะได้รับการรักษาฟรี สามารถทำได้ไหม”

“บริการจ้างงานคนพิการ สามารถติดต่อสมัครงานที่ไหนได้บ้าง”

“เอกสารที่ใช้ขึ้นทะเบียนของลูกกับแม่เป็นคนละนามสกุล จะเป็นอะไรไหม”

กิจกรรมที่ 6 สรุปรประเมินผลและยุติกลุ่ม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความมั่นใจในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน
2. เพื่อประเมินผลการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ผู้ดูแลสามารถ

1. ทบทวนความรู้และทักษะที่สำคัญในแต่ละกิจกรรมได้
2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติที่บ้าน

การดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา 90 นาที

ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย และพูดถึงเรื่องทั่วไปกับสมาชิก กล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การทำกิจกรรมกลุ่มวันนี้

ระยะดำเนินการ

2. ผู้นำกลุ่มกล่าวทบทวนกิจกรรมทุกกิจกรรมที่ได้ดำเนินการผ่านมา
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์และทักษะต่างๆ ที่ได้รับจากการเข้าร่วม กิจกรรม

4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 6/1 การนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้ในการดูแล ผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
5. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามประเด็นข้อสงสัยต่างๆ และให้สมาชิกช่วยกันตอบปัญหาและเป็นที่ปรึกษาระหว่างสมาชิกด้วยกัน
6. ผู้นำกลุ่มสอบถามสมาชิกในการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายในการช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อทำการกำกับการทดลอง พร้อมแจ้งผลการประเมิน

ระยะสิ้นสุด

8. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุป และยุติการทำกลุ่ม พร้อมกับนัดหมายสมาชิกในการทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) ในสัปดาห์ต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น และการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันอภิปรายและทบทวนถึงข้อมูลทั้ง 6 กิจกรรม พร้อมทั้งให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึกที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล ดังนี้

“รู้สึกดีที่ได้มาเข้าร่วมกิจกรรม แต่ก่อนเคยเครียดมากก็ได้รู้ว่าไม่ใช่มีแต่เราคนเดียวที่ต้องเจอกับคนป่วยแบบนี้ ยังมีอีกหลายคนที่ยิ้มมากกว่าเรา พอได้มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลกับผู้ดูแลคนอื่นๆ ในกลุ่มแบบนี้ทำให้รู้สึกว่าสภาพจิตใจของตัวเองดีขึ้น”

“หลังจากมาเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ได้รับความรู้หลายอย่างที่ไม่เคยได้ยินได้ฟังมาก่อน และการนำเอาความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้กับลูกที่บ้านก็ได้ผลที่ดีขึ้น ผมก็จะนำความรู้เหล่านี้ไปใช้ดูแลลูกต่อไป”

“เทคนิคที่แม่นำไปปรับใช้ที่เห็นผลคือการปรับเปลี่ยนเรื่องคำพูดและอารมณ์ ซึ่งก่อนหน้านี้แม่ก็

ไม่รู้ว่าจะต้องพูดกับลูกแบบไหนถึงจะดี ทุกวันนี้พูดคุยเข้าใจกันมากขึ้น และเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด แม่พยายามทำทุกวัน ทำแล้วรู้สึกไม่ปวดเมื่อยสบายตัว ไม่ค่อยเครียดเหมือนแต่ก่อน”

การกำกับการทดลอง

ภายหลังเสร็จกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด

เท่ากับ 4.52 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3.15 คะแนน สรุปได้ว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข)

3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อครบกำหนดการทดลองหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างให้มาพบกันอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 7 และให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน แจกผลการประเมินให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยพร้อมกล่าวขอบคุณ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired Samples T-test) หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent T-test) หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ที่ผู้ป่วยมารับบริการหรือรับยาแทน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 40 คน ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยโดยใช้วิธีการจับคู่ (Matched Pair) กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ด้วยรายได้ของครอบครัว และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างให้เข้าเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน (ตั้งรายละเอียดในภาคผนวก ฉ) โดยก่อนเริ่มกิจกรรมที่ 1 มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง Drop out จำนวน 1 คน เนื่องจากไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน จึงทำให้คงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 39 คน มีการประเมินคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=19)		กลุ่มควบคุม(n=20)		รวม(n=39)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	4	21.1	4	20.0	8	20.5
หญิง	15	78.9	16	80.0	31	79.5
อายุ						
20-40 ปี	0	0	1	5.0	1	2.6
41-50 ปี	6	31.6	1	5.0	7	17.9
51-59 ปี	13	68.4	18	90.0	31	79.5
สถานภาพสมรส						
คู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกัน	19	100	20	100	39	100
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	17	89.5	17	85.0	34	87.2
มัธยมศึกษา	1	5.3	2	10.0	3	7.7
อนุปริญญา	1	5.3	0	0	1	2.6
ปริญญาตรี	0	0	1	5.0	1	2.6

จากตารางที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.9 และ 80.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.4 และ 90.0 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่และคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 100 และส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 89.5 และ 85.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้ของครอบครัว ศาสนา และ ภาวะสุขภาพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=19)		กลุ่มควบคุม(n=20)		รวม(n=39)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ว่างงาน	5	26.3	1	5.0	6	15.4
รับจ้าง	4	21.1	4	20.0	8	20.5
ค้าขาย	4	21.1	2	10.0	6	15.4
เกษตรกรกรรม	4	21.1	12	60.0	16	41.0
รับราชการ	2	10.5	1	5.0	3	7.7
รายได้ของครอบครัว						
เพียงพอกับรายจ่าย	3	15.8	3	15.0	6	15.39
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	16	84.2	17	85.0	33	84.61
ศาสนา						
พุทธ	19	100	20	100	39	100
ภาวะสุขภาพ						
แข็งแรงดี	14	73.7	15	75.0	29	74.4
มีโรคประจำตัว	5	26.3	5	25.0	10	25.6

จากตารางที่ 3 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย เกษตรกรรม ร้อยละ 21.1 เท่ากันและรับราชการ ร้อยละ 10.5 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 60.0 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 84.2 และ 85.0 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 และส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี คิดเป็นร้อยละ 73.7 และ 75.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=19)		กลุ่มควบคุม(n=20)		รวม(n=39)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท						
บิดา	1	5.3	3	15.0	4	10.3
มารดา	9	47.4	8	40.0	17	43.6
พี่	1	5.3	2	10.0	3	7.7
น้อง	0	0	2	10.0	2	5.1
สามี	2	10.5	2	10.0	4	10.3
ภรรยา	6	31.6	3	15.0	9	23.1
สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภท						
ดีมาก	2	10.5	1	5.0	3	7.7
ดี	7	36.8	12	60.0	19	48.7
ปานกลาง	9	47.4	7	35.0	16	41.0
ไม่ดีเลย	1	5.3	0	0	1	2.6
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท						
1-5 ปี	8	42.1	6	30.0	14	35.9
6-10 ปี	5	26.3	2	10.0	7	17.9
11-15 ปี	2	10.5	6	30.0	8	20.5
16-20 ปี	3	15.8	3	15.0	6	15.4
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	1	5.3	3	15.0	4	10.3

จากตารางที่ 4 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทแบบเป็นมารดา ร้อยละ 47.4 และ 40.0 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.4 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.0 ระยะเวลาในการดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.1 ระยะเวลาในการดูแลในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี และ 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต	\bar{x}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	58.15	5.38	ต่ำ	18	-9.57	.000
หลังการทดลอง	82.00	10.37	ปานกลาง			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	60.15	3.23	ต่ำ	19	0.06	.949
หลังการทดลอง	60.10	3.16	ต่ำ			

จากตารางที่ 5 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองเท่ากับ 58.15 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ และหลังการทดลองเท่ากับ 82.00 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Paired Sample T-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตหลังการทดลองอยู่ในระดับที่สูงกว่าก่อนการทดลอง

กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองเท่ากับ 60.15 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ และหลังการทดลองเท่ากับ 60.10 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Paired Sample T-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองไม่แตกต่างจากคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน โดยอยู่ในระดับต่ำทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต	\bar{x}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	58.35	5.31	ต่ำ	38	-1.29	.203
กลุ่มควบคุม	60.15	3.23	ต่ำ			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	82.00	10.37	ปานกลาง	37	9.01	.000
กลุ่มควบคุม	60.10	3.16	ต่ำ			

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองเท่ากับ 60.15 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มก่อนการทดลอง เท่ากับ 58.35 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Independent T-test พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

แต่เมื่อพิจารณาภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองเท่ากับ 60.10 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ ส่วนคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มหลังการทดลองเท่ากับ 82.00 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Independent T-test พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับวินิจฉัยตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับวินิจฉัยตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ที่พาผู้ป่วยมารับบริการหรือมารับยาแทน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ จังหวัดนครราชสีมา โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่งอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย เป็นผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ โดยคู่สมรสยังมีชีวิตอยู่และอาศัยอยู่ด้วยกัน เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำลงมา (ตั้งแต่ 62 คะแนนและต่ำกว่าลงมา) ตามเกณฑ์การวิจัยของ Richieri et al. (2011) และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้โดยใช้วิธีการจับคู่ (Matched-Pairs) กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ด้วยรายได้ของครอบครัว และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากที่ละคู่เพื่อป้องกันการปนเปื้อน

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบจำนวน 20 คู่ โดยก่อนเริ่มกิจกรรมที่ 1 มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง Drop out จำนวน 1 คน เนื่องจากไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน จึงทำให้คงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 39 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 19 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ประเภท ได้แก่

1. **เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง** คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House et al. (1981) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร และใช้กระบวนการกลุ่มทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุด ตามแนวคิดของ Marram (1978) ในทุกกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ดังนี้

การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ประกอบด้วย 1 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินค่าสถานการณ์และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา

การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย 1 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล

การสนับสนุนด้านทรัพยากร ประกอบด้วย 1 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน

และกิจกรรมที่ 6 สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่ได้พัฒนาขึ้น ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบเนื้อหาของกิจกรรม ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาและปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยตรวจสอบความถูกต้อง

ความชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรมและความถูกต้องของภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ จำนวน 5 ราย ดำเนินกิจกรรมจนครบ 6 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ทั้งด้านความชัดเจนของภาษา รูปแบบกิจกรรมที่นำไปใช้ ความเหมาะสมของเวลารวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ศาสนา ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยแปลมาจาก The Schizophrenia Caregiver Quality of Life questionnaire (S-CGQoL) ของ Richieri et al. (2011) ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 25 ข้อ เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตเวชจำนวน 5 ท่าน และคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .80 ซึ่งผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำการตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .79

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ House et al. (1980) ปรับปรุงโดย จิราพร รักการ (2549) ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 19 ข้อ เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตเวชแล้ว ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ และทำการตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .80

ขั้นตอนการทำวิจัย

ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนในการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ดังรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้และฝึกทักษะโดยทำการลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาลและในชุมชน จำนวน 6 หน่วยกิต และทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรม และเครื่องมือวิจัย ทำการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาจนเครื่องมือมีความสมบูรณ์ และจัดทำแผนดำเนินการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ เพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

1.4 หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอก

1.5 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา และแจ้งรายละเอียดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแก่หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ขออนุญาตใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขออนุญาตศึกษาแฟ้มประวัติ

1.6 ผู้วิจัยศึกษาแฟ้มประวัติและคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการพร้อมกับผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มีญาติมารับยาแทน เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เบื้องต้น

1.7 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ได้รับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ และทำการประเมินผู้ดูแลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Inform Consent Form)

1.8 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยใช้วิธีการจับคู่ (Matched-Pairs) ให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันด้วยรายได้ของครอบครัว และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

1.9 ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับสลากเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบจำนวน 20 คู่ ในระหว่างการดำเนินการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง Drop out จำนวน 1 คน จึงทำให้คงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 39 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 19 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 **กลุ่มควบคุม** ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วยการตรวจคัดกรองประเมินอาการ การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ดูแล การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เช่น การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา วิธีสังเกตอาการเตือนอาการนำก่อนอาการกำเริบ วิธีการใช้ยาจิตเวช การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย วิธีการผ่อนคลายเครียด การให้สุขภาพจิตศึกษาในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการส่งต่อแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

2.2 กลุ่มทดลอง

2.1 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่มย่อย เพื่อให้มีขนาดของกลุ่มที่เหมาะสม โดยก่อนเริ่มกิจกรรมที่ 1 มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง Drop out จำนวน 1 คน เนื่องจากไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน จึงทำให้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มละ 9 คน และ 10 คน จากนั้นดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จำนวน 6 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรม ณ ห้องประชุมคลังใจ 2 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้นำกลุ่มด้วยตนเองทุกครั้ง

2.2 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มให้กับกลุ่มตัวอย่าง

2.3 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 ทั้งนี้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อครบกำหนดการทดลองหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างให้มาพบกันอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 7 และให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน แจกผลการประเมินให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยพร้อมกล่าวขอบคุณ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบที (Pair Sample T-test) หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent T-test) หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.9 และร้อยละ 80.0 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.4 และ 90.0 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่และคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 100 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 89.5 และ 85.0 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองมีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย

เกษตรกรรม ร้อยละ 21.1 เท่ากัน ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 60.0 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 84.2 และ 80.0 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี คิดเป็นร้อยละ 73.7 และ 75.0 ตามลำดับ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทแบบเป็นมารดา ร้อยละ 47.4 และ 40.0 ตามลำดับ ระยะเวลาในการดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.1 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี และ 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.4 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในระดับดี ร้อยละ 60.0

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง เนื่องจากในสังคมไทยเพศหญิงมักจะทำหน้าที่ในการดูแลการจัดการสิ่งต่างๆ ในบ้านได้ดีกว่าเพศชาย เพราะเป็นเพศที่มีความอ่อนโยนและมีความรอบคอบ จึงมักถูกคาดหวังให้ต้องทำหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย (จิระพรรณ สุริยงค์, 2550) ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางซึ่งคนในวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ไปในทางที่เสื่อมถอยตามอายุที่มากขึ้น ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ซึ่งอาจทำให้มีทักษะและความรู้ในการจัดการกับปัญหาได้ไม่ดี เนื่องจากการศึกษาเป็นการพัฒนาสติปัญญาของบุคคล หากมีการศึกษาที่สูงก็จะสามารถนำความรู้และแสวงหาข้อมูลต่างๆ มาใช้ในการแก้ไขปัญหาและสามารถปรับตัวต่อการดูแลได้ อาชีพของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นอาชีพที่มีรายได้ไม่แน่นอน เมื่อต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ภายในบ้าน รวมทั้งค่าเดินทางและค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทด้วย จึงทำให้มีรายได้ไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต และส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีสุขภาพดีมีแนวโน้มที่จะพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ หากผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและผู้ป่วยได้ (Lueboonthavatchai and Lueboonthavatchai, 2006) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ดูแลมีความรัก ความผูกพันและความคุ้นเคยกับผู้ป่วย ทำให้มีความอดทนและยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้ป่วยได้ (เอมิกา กลยณี, 2556) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปีและ 11-15 ปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและพัฒนาทักษะในการดูแลได้แล้ว

ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลของการวิจัยครั้งนี้สามารถสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ กล่าวคือ

1. ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -9.57$) สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1

การที่คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ เนื่องจากจากตัวผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น จากการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรม ฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งมีเนื้อหาที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน ร่วมกับแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ซึ่งประกอบด้วย 1) ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะเวลาดำเนินการ และ 3) ระยะเวลาสิ้นสุด โดยนำมาใช้ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มด้วยทุกครั้ง เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาและสามารถนำวิธีการแก้ปัญหามาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของตนเองได้ โดยกิจกรรมในโปรแกรมสามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินค่าสถานการณ์และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถประเมินค่าสถานการณ์ที่ต้องเจอในการดูแลหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย นำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการปัญหา และเลือกใช้วิธีในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และกิจกรรมการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา โดยผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่มกับผู้วิจัย และระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน จากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาคลายคลึงกันได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการดูแล ได้ใช้ความคิดในการแก้ไขปัญหาช่วยให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น (คณางค์ ศิริเสถียร, 2550) ทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ตนกำลังประสบปัญหาอยู่ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกและนำไปสู่การปฏิบัติได้ (Haley et al., 1987) เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านภาระทางด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้รับการสอนและให้ความรู้จากผู้วิจัย ซึ่งเป็นวิธีการที่จะพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการแก้ไขปัญหา การให้กำลังใจและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ มีบรรยากาศที่เป็นกันเองและอบอุ่น สนับสนุนให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เล่าประสบการณ์ของตนเองและระบายความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะยิ่งทำให้ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจ เห็นใจกัน ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวกับสภาพปัญหาของตนเอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไปในทางที่ดีขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพต่อไป (Brand, Barry, & Gallagher, 2016)

สอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี จันทา สุมัทนา กลางควร และจุฬารัตน์ หัวหาญ (2554) ที่พบว่า การที่ญาติมีความรู้ มีทักษะในการดูแลอย่างเหมาะสมนั้นต้องเกิดจากการยอมรับผู้ป่วยของ

ญาติและชุมชน รวมทั้งการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นสิ่งจำเป็น อีกทั้งการให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาต่างๆ นั้นทำให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมรับรู้และประเมินปัญหา แลกเปลี่ยนปัญหาที่ต้องมีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลรับผิดชอบ และสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าได้รับความไว้วางใจ ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และเห็นคุณค่าจากผู้ดูแลซึ่งมีหัวอกเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Elloit (1998) ที่พบว่า การรับฟังจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มด้วยกันถือเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ และทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มยังช่วยให้ผู้ดูแลได้ตรวจสอบความคาดหวังของตนเองต่อผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการดูแล (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) เมื่อผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (Lazarus and Folkman, 1984) สอดคล้องกับ Magliano et al. (1998) ที่พบว่า การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาบ และการที่ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผลทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ทำให้มีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001) ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล ดังนี้

“ในตอนแรกหลังจากที่รู้ว่าลูกชายของแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทแม่รู้สึกทำใจยอมรับไม่ได้ โทษว่าเป็นเวรเป็นกรรมเป็นความผิดของตัวเองและประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับลูกของแม่เป็นอันตรายหรือสูญเสียเพราะแม่คิดว่าได้เสียลูกชายคนที่เป็นความหวังของครอบครัว การที่ลูกของแม่ป่วยเป็นโรคทางจิตทำให้เค้าไม่เหมือนเดิม เค้ามีอาการหวาดระแวง หงุดหงิด ร้องตะโกนด่าว่าแม่และคนอื่นอยู่บ่อยครั้ง แม่ก็ไม่รู้ว่าควรทำตัวแบบไหนดี ทำให้เกิดเรื่องทะเลาะกันในครอบครัว หลังจากได้มาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มครั้งนี้ทำให้แม่ได้เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหา การปรับตัวในการดูแลลูก แม่ก็ได้แนวทางในการดูแลลูกมากขึ้นและได้นำไปทำจริงที่บ้านโดยพยายามพูดคุยกับเค้าดีๆ ไม่พูดต่อต้าน ปลอ่ยให้เค้าได้ระบายจนอารมณ์เย็นขึ้นแล้ว จึงค่อยคุยกับเค้าใหม่แล้วเค้าก็มาขอโทษแม่ พอคุณพยาบาลบอกให้แม่ลองประเมินสถานการณ์การดูแลใหม่อีกครั้ง แม่รู้สึกว่าดูแลลูกทุกวันนี้เป็นความรู้สึกทำหายไปแล้ว เพราะเวลาที่มีปัญหาแม่รู้จักวิธีประเมินค่าสถานการณ์ การหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหา กล้าที่จะพูดคุยกับลูกชายและสามีมากขึ้นทำให้สบายใจและไม่เกิดการทะเลาะกันเหมือนเดิม”

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำกิจกรรมร่วมกันโดยให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วย วิธีการจัดการกับความเครียดและผลลัพธ์ที่ได้ จากนั้นพยาบาลให้ความรู้เรื่องความเครียด เรื่องวิธีการจัดการกับความเครียดในรูปแบบต่างๆ เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์กับทีมจิตเวช และให้ผู้ดูแลได้ทำแบบ

ประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง รวมทั้งให้ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะตามเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองโดยวิธีต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การทำสมาธิ เป็นต้น เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมักได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีอาการกำเริบเกิดขึ้นบ่อยครั้ง การที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดความรู้สึกเครียด เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Montgomery et al., 1985) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้ได้ว่าตนเองกำลังเครียด สามารถประเมินความเครียดด้วยตนเองได้ และหาทางผ่อนคลายความเครียดโดยเลือกใช้วิธีการผ่อนคลายเครียดในแบบที่เหมาะสมกับตนเอง นำไปปฏิบัติจนสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ความเครียดของผู้ดูแลที่มีอยู่ในร่างกาย และจิตใจบรรเทาลงได้ เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านความผาสุกทางกายและจิตใจและส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะเชิงอัตนัยลดลง (Montgomery et al., 1985) ตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล ดังนี้

“ทำแล้วรู้สึกเบาตัว บริเวณที่ปวดก็มีอาการดีขึ้น”

“ฉันท่านทุกวันเลย วันละครึ่ง ทำแล้วสบายตัว นอนหลับได้ดีขึ้น”

“คุณแม่ได้ฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่บ้าน โดยลูกสาวคนที่ป่วยเค้าเห็นแม่ทำเค้าก็มาทำตามแม่ เมื่อทำแล้วได้ผลดีไม่ปวดเมื่อย ทุกวันนี้ลูกมาชวนแม่ทำเป็นประจำเลยคะ”

สอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen & Wills, 1985 (อ้างถึงใน ปาณิสรา เกษมสุข, 2551) ที่พบว่าการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นคงทางอารมณ์ และเป็นการช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดียิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) โดยผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สมาชิกได้รับ และผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและมอบหมายให้สมาชิกนำใบความรู้กลับไปที่บ้านและเล่าให้คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนฟังเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงผลกระทบที่สมาชิกได้รับและเพื่อให้เกิดความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จากนั้นผู้วิจัยนำเสนอสถานการณ์สมมติการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมและให้สมาชิกทุกคนร่วมกันวิเคราะห์ถึงสาเหตุและผลกระทบที่เกิดจากการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และให้ความรู้เรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว พร้อมกับให้สมาชิกทุกคนได้ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์และแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล ดังนี้

“ฉันท่านใช้วิธีเอาใจเขามาใส่ใจเรา ลองคิดว่าถ้าเราเป็นคนป่วยเหมือนเค้าบ้างเราก็คงต้องการ

ให้มีคนมาพูดคุย ด้วย เหมือนกัน”

“เมื่อลูกกำลังโมโห ต่ำว่าเสียงดัง แม่ก็ใช้เทคนิคการเดินทางไปสงบสติอารมณ์ตัวเองก่อน นับหนึ่งถึงสิบ ให้ใจเย็นๆ แล้วค่อยคุยกับลูก มันก็ได้ผลดีนะทำให้เราไม่ทะเลาะกัน”

กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการแสดงออกทางอารมณ์ มีความรู้ ความเข้าใจถึงแนวทางในการแสดงออกทางอารมณ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการแสดงออกถึงความไม่พอใจ หรือไม่เห็นชอบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน ซึ่งจะส่งผลดีต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงเพื่อนอีกด้วย เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส ครอบครัวและเพื่อน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว และมีกำลังใจในการทำบทบาทผู้ดูแล (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2558) ดังนั้นการทำให้ผู้ดูแลเกิดการผ่อนคลายทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เกิดความสงบและมีสมาธิ ทำให้มีความคิดอ่านที่จะดำเนินการสิ่งต่างๆ ได้อย่างแจ่มใสขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมดีขึ้น (Gispens-de Wied, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wuerker et al. (2001) ที่พบว่าคนที่มีการแสดงทางอารมณ์ต่ำกว่าจะสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นได้ และในคนที่แสดงอารมณ์สูงจะมีรูปแบบการควบคุมที่แข็งแกร่งไม่ยืดหยุ่น ทำให้เกิดความสัมพันธ์อันตึงเครียดในครอบครัว และรู้สึกหมองเหม็นกัน

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) โดยผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจที่มีเกี่ยวกับโรคจิตเภท ยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ให้ผู้ดูแลได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการปัญหาดังกล่าวโดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในบริบทต่างๆ เช่น อาการเตือนของผู้ป่วยที่พบในระหว่างที่ได้ให้การดูแล ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยเกียจคร้านไม่สนใจทำงาน เป็นต้น เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล ดังนี้

อาการของโรคมีอะไรบ้าง : “หนูแหว่ คิดว่ามีคนปองร้าย เก็บตัว ทำลายข้าวของ พุดคนเดียว พุดจากร้าว ร้าว หวาดระแวง นอนมาก ไม่พุด เดินหาของเก่า ผู้ดูแลบางคนคิดว่าอาการผิดปกติมีสาเหตุมาจากความเชื่อทางไสยศาสตร์”

การรักษาทำอย่างไร : “พามารักษาที่ รพ.จิตเวช มียากิน ยาฉีด โดยพบว่าผู้ดูแลทุกคนเคยพาผู้ป่วยไปอาบน้ำมนต์ พาไปหาคนทรง หมอธรรมชาวมอญ ไปหาหมอตุ จนสุดท้ายอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจึงพามาหาหมอที่โรงพยาบาลจิตเวช บางคนปล่อยไว้นานเป็นปีกว่าจะได้รับการรักษา”

อาการข้างเคียงจากยามีอะไรบ้าง : “นอนหลับมากกว่าปกติ ปวดกล้ามเนื้อ ลึนแข็ง ตัวแข็ง ทื่อ ลืมง่าย ความจำสั้น ซึม กินอาหารมาก หรือเบื่ออาหาร จากอาการข้างเคียงดังกล่าวทำให้มีผู้ป่วยหลายคนไม่ยอมกินยาหรือกินยาไม่ต่อเนื่องทำให้เกิดอาการกำเริบ”

จากนั้นผู้วิจัยได้เพิ่มเติมความรู้เรื่องโรคจิตเภทและแจกคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สมาชิกได้นำไปอ่านทบทวนที่บ้าน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไปมักไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ การวินิจฉัยและผลกระทบจากความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว แต่จะมีการให้การดูแลกันตามความเชื่อที่ผิดๆ ไม่มีเหตุผลในการปฏิบัติการดูแล จึงต้องให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การดูแลรักษา อาการข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการนำอาการเตือนและวิธีการจัดการกับปัญหา เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาการเจ็บป่วย รับรู้ข้อจำกัดของโรคจิตเภท มีความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง (Anderson, Hogarty & Reiss, 1986) การแก้ไขความเชื่อที่ผิดๆ เป็นประโยชน์ในการวางแผนการช่วยเหลือ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในครอบครัวร่วมกันได้อย่างมีความสุขมากยิ่งขึ้น (สุนทรภรณ์ ทองไสย, 2558) เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านความผาสุกทางกายและจิตใจ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล ดังนี้

“ลูกของแม่กินยาแล้วบ่นปวดกล้ามเนื้อตัวตามทำให้เขาไม่ยอมกินยา แม่เข้าใจแล้วว่ามันเป็นอาการข้างเคียงจากยา แม่จะพาเขามาพบแพทย์เพื่อขอคำปรึกษาเขาจะได้ไม่ขาดยา”

“สามีป่วยๆเอาแต่นอน บ้าจะสอนเขาให้ช่วยทำงานบ้าน และจะทำความเข้าใจเขาให้ดีขึ้น”

“ตอนแรกคิดแต่ว่าเขาโดนของแน่ๆ ไม่คิดว่าจะเป็นโรคจิตเภทเลย ตอนนี้ได้รู้จักโรคนี้มากขึ้นแล้ว โรคนี้ถ้ากินยาดีๆ อาการก็จะดีขึ้นสามารถดูแลตนเองได้”

สอดคล้องกับการศึกษาของ Magliano & Fiorillo (2006) ที่พบว่าการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยการให้ความรู้ ทั้งสาเหตุ อาการ การรักษา ยาและผลข้างเคียงของยา จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจ ส่งผลกระทบเชิงบวกต่ออาการของผู้ป่วยและลดภาระในการดูแลและการเจ็บป่วย การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลและการสอนวิธีการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท จะทำให้ผู้ดูแลมีความทุกขใจ กังวลใจ รู้สึกถึงการรับภาระการดูแลน้อยลง เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านความผาสุกทางกายและจิตใจ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) โดยผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องการพัฒนาทักษะการสื่อสารพร้อมกับให้สมาชิกทุกคนฝึกทักษะการสื่อสารทางบวกกับผู้ป่วย คู่สมรส ครอบครัวและเพื่อนต่อเมื่อกลับบ้าน เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส ครอบครัวและเพื่อน และให้ผู้ดูแลนำประสบการณ์การสื่อสารทางบวกของสมาชิกแต่ละคนมาแลกเปลี่ยนกัน ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล ดังนี้

แม่ : “กินข้าวเสร็จแล้วหนอย่างวางของไว้อย่างนั้นะลูก เอาไปเก็บ ถ้าล้างได้ก็ล้าง”

ผู้ป่วย : “หนูขอคิดดูก่อนนะแม่ ได้ๆ หนูเอาจานไปล้างดีกว่าค่ะ”

ภรรยา : “วันนี้ร้อนที่นอนหรือเปล่า”

ผู้ป่วย : “ไม่ครับ” ภรรยา : ดีมากๆ เยี่ยมๆ

แม่ : “แม่รู้สึกเสียใจ ที่ลูกพูดจาไม่ดีกับแม่”

ลูก : “หนูขอโทษนะ หนูจะบาปไหมคะ”

จากนั้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล ดังนี้

“โรงพยาบาลเป็นที่พึ่งสำคัญของเอ็ง เป็นอะไรก็ต้องพามา”

“เคยมีพยาบาลไปเยี่ยมบ้านครั้งหนึ่ง เคื่ก็มาให้คำแนะนำในการดูแลคนไข้ รู้สึกดีใจอยากไปเยี่ยมบ้านอีก”

“ตอนน้องชายอาการกำเริบ ผมก็โทรไปเรียกตำรวจให้มาช่วยจับตัวส่งโรงพยาบาล”

“ฉันอยากให้สามีมีงานทำอยู่ที่บ้าน ฉันต้องไปติดต่อกับเรื่องอย่างไร”

“ฉันอยากให้ลูกขึ้นทะเบียนผู้พิการเพื่อรับเบี้ยผู้พิการต้องใช้เอกสารอะไรบ้าง”

“บริการจ้างงานคนพิการ สามารถติดต่อสมัครงานที่ไหนได้บ้าง”

โดยผู้วิจัยเพิ่มเติมข้อมูลเรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนอกเหนือจากข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มและแนะนำสมาชิกให้รู้จักกับกับเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ เช่น ทีมจิตเวช แหล่งสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกกรมสุขภาพจิต และวิธีขอรับความช่วยเหลือ เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการสื่อสาร เป็นการส่งเสริมให้สมาชิกได้รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้งที่เป็นตัวบุคคลและองค์กร รวมทั้งแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่เหมาะสมกับความต้องการของตนเองและครอบครัวมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถรู้ถึงวิธีการและขั้นตอนในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมเหล่านั้นได้ เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านภาระทางด้านทรัพยากรสนับสนุน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นคง และมั่นใจเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ มีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985)

กิจกรรมที่ 6 สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม เป็นกิจกรรมสุดท้ายผู้วิจัยทำการทบทวนทุกกิจกรรมที่ได้ดำเนินการผ่านมาและให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์และทักษะต่างๆ ที่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรมพร้อมกับเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามประเด็นข้อสงสัยต่างๆ และให้สมาชิกช่วยกันตอบปัญหาและเป็นที่ปรึกษาระหว่างสมาชิกด้วยกัน จากนั้นให้สมาชิกทำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อทำการกำกับการทดลอง พร้อมแจ้งผลการประเมิน ถือเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ดูแลได้พูดคุยและแบ่งปันประสบการณ์ในการนำความรู้และทักษะทั้งหมดที่

ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ และนำไปใช้จริงที่บ้านตลอดช่วงระยะเวลาที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้ รวมทั้งพูดคุยถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และวิธีการแก้ไขปัญหาล่าช้า เพื่อให้ผู้ดูแลคนอื่นๆในกลุ่มได้รับรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น และให้คำปรึกษา แนะนำกันและกัน ทำให้ผู้ดูแลเกิดขวัญกำลังใจและความมั่นใจในการทำบทบาทของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาในอนาคต ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล ดังนี้

“รู้สึกดีที่ได้มาเข้าร่วมกิจกรรม แต่ก่อนเคยเครียดมากก็รู้ว่าไม่ใช่มีแต่เราคนเดียวที่ต้องเจอกับคนป่วยแบบนี้ ยังมีอีกหลายคนที่ย่ำมากกว่าเรา พอได้มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลกับผู้ดูแลคนอื่นๆในกลุ่มแบบนี้ทำให้รู้สึกว่าสภาพจิตใจของตัวเองดีขึ้น”

“หลังจากมาเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ได้รับความรู้หลายอย่างที่ไม่เคยได้ยินได้ฟังมาก่อน และการนำเอาความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้กับลูกที่บ้านก็ได้ผลที่ดีขึ้น ผมก็จะนำความรู้เหล่านี้ไปใช้ดูแลลูกต่อไป”

“เทคนิคที่แม่นำไปปรับใช้ที่เห็นผลคือการปรับเปลี่ยนเรื่องคำพูดและอารมณ์ ซึ่งก่อนหน้านี้แม่ก็รู้ว่าจะต้องพูดกับลูกแบบไหนถึงจะดี ทุกวันนี้พูดคุยเข้าใจกันมากขึ้น และเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด แม่พยายามทำทุกวัน ทำแล้วรู้สึกไม่ปวดเมื่อยสบายตัว ไม่ค่อยเครียดเหมือนแต่ก่อน”

สอดคล้องกับการศึกษาของ Elloit (1998) ที่พบว่าการช่วยเหลือกันภายในกลุ่มด้วยการร่วมกันทบทวน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ และทักษะต่างๆ ถือเป็นวิธีการให้ความรู้โดยใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่มที่ช่วยประคับประคองด้านจิตใจให้แก่สมาชิก สอดคล้องกับ Brandt & Weinert (1985) ที่กล่าวว่าการเรียนรู้โดยใช้กลุ่ม มีการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์จะช่วยให้คุณบรรลุผลตามจุดมุ่งหมายส่งผลให้เกิดการพัฒนาทักษะความรู้ ความคิด ความเข้าใจ และทัศนคติ ดังนั้นเมื่อสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจที่ดีก็จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดี ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นตามมา

2. ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t= 9.01$) สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2

การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มตามโปรแกรมฯ เป็นรูปแบบกิจกรรมที่เน้นให้สมาชิกในกลุ่มมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งแตกต่างจากการพยาบาลตามปกติที่จะเน้นให้ความรู้แบบรายบุคคล โดยพยาบาลจะทำการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล พร้อมกับให้คำแนะนำให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหาและแจกเอกสารแผ่นพับให้ความรู้ ซึ่งการให้ความรู้แบบทั่วไปกับผู้ดูแลดังกล่าวอาจไม่ตรงประเด็นกับปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลใน

ขณะนั้น ทำให้ผลของการให้ความรู้ไม่เป็นที่พึงพอใจและไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลนั้นผู้ดูแลอาจจะได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ ไม่ครบถ้วน เช่น การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร หรือการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแนวทางแก้ไขปัญหาที่ได้มาจากประสบการณ์จริงจากผู้ดูแลท่านอื่นๆ เนื่องมาจากข้อจำกัดในด้านเวลาในการให้บริการ นอกจากนี้การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลต้องทำในช่วงเวลาตามที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ซึ่งช่วงเวลานั้นผู้ดูแลอาจอยู่ในสถานะที่ยังไม่พร้อมที่จะรับรู้ เนื่องจากจิตใจกำลังไปจดจ่ออยู่ที่กิจกรรมอื่น เช่น รอพบแพทย์ รอคิวรับยา เป็นต้น จากปัจจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้นล้วนส่งผลกระทบต่อการรับรู้ของผู้ดูแลและทำให้การนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทำได้โดยไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มโดยพบว่า ในกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 82.00 และ 58.15 คะแนน ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีคะแนนเท่ากับ 60.10 และ 60.15 คะแนน ตามลำดับ จากผลการทดลองจะเห็นว่าการพยาบาลตามปกติด้วยวิธีการให้ความรู้และให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลนั้นไม่สามารถส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เพิ่มขึ้นจากเดิมได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ

ทั้งนี้ เป็นเพราะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามโปรแกรมฯ ต้องมีการสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล การประเมินค่าสถานการณ์และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน ซึ่งความรู้และทักษะเหล่านี้สามารถพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและอยู่ร่วมกันภายในครอบครัวได้อย่างอบอุ่นและมีความสุข ถือได้ว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ ดังผลการศึกษาที่พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต่ำถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยและจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก (Nijboer et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hayes et al. (2015) ที่พบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 41 มีคะแนนการประเมินภาวะสุขภาพที่ชี้ให้เห็นว่าเข้าเกณฑ์ที่น่าจะเป็นโรคทางจิต (วิตกกังวล หรือ ซึมเศร้า) รวมทั้งเป็นรูปแบบการให้บริการตามแนวทางการปฏิบัติระบบ

สุขภาพที่เน้นการดูแลเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ นอกจากนี้ยังช่วยประหยัดเวลาในการทำงาน ช่วยลดภาระงานของพยาบาลลงได้ และช่วยทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ และสภาพอารมณ์ที่มีต่อความเครียดจากการดูแลได้ ซึ่งการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ House (1981) ทำให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Bengtsson-Tops A. & Hansson L., 2001; Haley et al., 1987; Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai, 2006; Schumacher et al., 1993; Vedhara et al., 2000; Winslow, 1997) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Boyle et al., 2000; Jones & Peters, 1992) และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ (Ergh et al., 2002; Goode et al., 1998)

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาคำชี้แจงโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ ดังนี้

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ไปใช้พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้พื้นฐานเรื่องโรคจิตเภท มีความรู้เรื่องสิทธิของผู้พิการทางจิต เนื่องจากพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ยังไม่ทราบถึงสิทธิของผู้พิการทางจิต นอกจากนี้ต้องมีทักษะการเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจำเป็นต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและคงไว้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม เพราะสัมพันธภาพที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความไว้วางใจ ซึ่งนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงควรเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

1.3 ในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พยาบาลควรคำนึงถึงบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปรับเปลี่ยนเวลาให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล เช่น จัดกิจกรรมในช่วงเย็นของวันธรรมดา หรือในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ เนื่องจากผู้ดูแลบางรายต้องประกอบอาชีพ ออกไปทำงานนอกบ้าน เป็นต้น เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกและทำให้ผู้ดูแลสามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม

1.4 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน ควรนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในการจัดรูปแบบกิจกรรมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อช่วยสร้างเครือข่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะส่งผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขยิ่งขึ้น

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลได้รับการศึกษาอบรมเพิ่มเติมในเรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นหลักสูตรโดยเฉพาะ เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการดูแลและช่วยลดปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำหน้าที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 พยาบาลควรมีการเขียนผลงานทางวิชาการต่างๆ เช่น คู่มือการดูแล บทความ วิชาการ และบทความวิจัยเรื่องการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม เพื่อให้ผู้ที่สนใจได้ศึกษาและนำไปพัฒนาตนเองให้สามารถให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการบริหาร

3.1 เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.2 เป็นข้อมูลสำหรับผู้ให้บริการในการพิจารณาวางแผนแนวทางการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยใน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่ผู้ป่วยจะออกไปอยู่ในชุมชน ซึ่งจะส่งผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและมีความมั่นใจในการทำบทบาทผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มในระยะยาว เช่น ทุก 1 เดือน 3 เดือนหรือ 6 เดือน เนื่องจากคุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มโรคอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มโรคอื่นๆ ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันเพื่อจะได้หาแนวทางในการช่วยเหลือพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2559). ระบบส่วนกลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย. Retrieved from <http://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp?nyear=2558>
- กัลยานี โนนินทร์. (2542). การดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน. การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณางค์ ศิริเสถียร. (2550). การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ญาติผู้ดูแล : แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล, 47(3), 147-156.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2542). การสอนสุขภาพอนามัยเป็นกลุ่ม ในเอกสารการสอนชุดวิชาการเรียนการสอนสุขภาพอนามัย หน่วยที่ 8- 15 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จีระพรรณ สุริยงค์. (2550). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฑาพัฒนา นิจันรัตน์. (2549). ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดไบโพลาร์ที่บ้าน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชสงขลานครินทร์. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เดือนแรม ยศปัญญา. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ต้นติมา ด้วงโยธา. (2553). การศึกษาและพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้
คำปรึกษารายบุคคล. ปริญญานิพนธ์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นพรัตน์ ไชยชำนาญ. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรวิวี พุ่มจันทร์. (2548). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ:กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับ
การรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารสุขภาพจิต
แห่งประเทศไทย, 13(3), 146-156.
- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2552). บทบาทของครอบครัวและการดูแลครอบครัว ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์
และสรยุทธ วาสิกนันทน์. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นิศากร แก้วพิลา. (2545). ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วม
ของโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์
มีเดีย.
- บุญเรือง ไตรเรืองวรรณ. (2561). กรมสุขภาพจิตใส่ใจ “คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” ซึ่งเป็นตัว
“พยากรณ์” อาการผู้ป่วยที่บ้าน. Retrieved from [http://www.prdmh.com/ข่าวสาร/
ข่าวแจกรมสุขภาพจิต/1099-กรมสุขภาพจิต-ใส่ใจ-“คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท”-ซึ่ง
เป็นตัว-“พยากรณ์”-อาการผู้ป่วยที่บ้าน.html](http://www.prdmh.com/ข่าวสาร/ข่าวแจกรมสุขภาพจิต/1099-กรมสุขภาพจิต-ใส่ใจ-“คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท”-ซึ่งเป็นตัว-“พยากรณ์”-อาการผู้ป่วยที่บ้าน.html)
- บุบผา ธนิกกุล. (2554). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแล
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์ อีระ ศิริมุต สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล สภาวรัตน์ พวงรัตดา และ กนกวรรณ
สุดศรีวิไล. (2556). ระบาดวิทยา ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช: โครงการสนับสนุนและ
ส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า. Retrieved from นนทบุรี:
- ปาณิสรา เกษมสุข. (2551). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะการดูแลและภาวะ
ซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พนม เกตุมาน. (2550). การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ. Retrieved from
http://www.psyclin.co.th/new_page_40.htm

พรชัย พงศ์สงวนสิน จุฬารัตน์ วิเรชะรัตน์ และ ชุตติมา ประทีปะจิตติ. (2541). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ : เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารกรมสุขภาพจิต, 5(3), 16-23.

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, & สรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. ไพลิน ปรีชญาคุปต์. (2548). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่บ้านวิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เฟื่องฟ้า สีสวย. (2550). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มนตรี จันทา สุมัทธา กลางคาร และ จุฬารัตน์ หัวหาญ. (2554). รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้พิการทางการเคลื่อนไหวแบบมีส่วนร่วมตำบลหนองบัว อำเภอศีขรภูมิจังหวัดสุรินทร์. วารสารสุขภาพภาคประชาชน, 7(1).

มาโนช หล่อตระกูล. (2554). โรคจิตเภท. Retrieved from [http://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%88%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B9%80%E0%B8%A0%E0%B8%97%20\(Schizophrenia\).pdf](http://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%88%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B9%80%E0%B8%A0%E0%B8%97%20(Schizophrenia).pdf)

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิชัย. (2555). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.

เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รจนา ปุณโณทก. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

รัชนิกร เกิดโชค. (2556). ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. Retrieved from <http://blog.stouhealth.com/?p=853>

ลิธฎา ชูโต. (2553). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. สารนิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- วันเพ็ญ อังวัฒน์ศิริกุล. (2550). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลพร ขำวงษ์ จตุพร หนูสวัสดิ์ วรารัตน์ ประทานวโรปัญญา และ จิตาภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(2), 32-40.
- เวชสถิติ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนนครินทร์. (2560). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2558-2560. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนนครินทร์.
- ศิริณภา นันทพงษ์. (2542). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ กฤตยา แสงเจริญ ปราณีพร บุญเรือง สมจิต แดนสีแก้ว และ นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2547). การจัดการดูแลผู้ป่วยกรณีสำหรับบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทในชุมชน วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 23(1), 35-45.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายใจ พัวพันธ์. (2553). การรับรู้ถึงความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดชลบุรี. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 24(ม.ค.-มิ.ย.), 156-171.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา และ ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม วารสารสภาการพยาบาล, 29(4), 22-31.
- สุณีย์ แสงดาว. (2554). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการพยาบาล, 3(กันยายน-ธันวาคม), 159-167.
- สุปรีดา มั่นคง. (2557). ญาติผู้ดูแล (Family Caregiver). Retrieved from <http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/document/PR/2557/08/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B8%E0%B8%A1%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%20%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B8/Family%20caregiver%20%20%E0%B8%9C%E0%B8%A8.%E0%B8%94%E0%B8%A3.%E0%B8%A>

A%E0%B8%B8%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B8%94%E0%B8%
B2%20%E0%B8%A1%E0%B8%B1%E0%B9%88%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%
B8%87.pdf

สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2554). การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล วิระวรรณ ตันติพิวัฒน์สกุล และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2545). เครื่องชี้วัด
คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูป
ในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ.2545 กรมสุขภาพจิต.

เสาวลักษณ์ ยาสุวรรณ. (2545). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พี.รีน
(1991) จำกัด.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2558). การบำบัดครอบครัว: บทบาทของพยาบาลจิตเวช. วารสารการ
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29(1), 1-13.

อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแล
ตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. .

เอมิกา กลยนี้. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การ
ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

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

Alkan, O., Kushnir, J., Bar, M., & Kushnir, T. (2016). Quality of life adult daughters of
women with schizophrenia: Associations with psychological resource losses
and gains. *Comprehensive psychiatry*, 68(Jul), 11-17.

Amendola, F., & Oliveira, M. A. (2011). Influence of social support on the quality of
life of family caregivers while caring for people with dependence. *Rev Esc
Enferm USP*, 45(4), 884-889.

- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1986). *Schizophrenia and the family: A practitioners' guide to psychoeducation and management*. New York: Norton.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 38(6), 725-733.
- Association, A. P. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Awadalla, A. W., Ohaeri, J. U., Salih, A. A., & Tawfiq, A. M. (2005). Subjective quality of life of family caregivers of community living Sudanese psychiatric patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(9), 755-763.
- Baker, A. F. (1989). Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit : How family cope. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27(1), 31-35.
- Bengtsson-Tops A., & Hansson L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 67-77.
- Berg, D. (2002). The hidden client' women caring for husband with COPD: Their experience of quality of life. *J Clin Nurs*, 11(5), 613-621.
- Boyer, L., Caqueo-Urizar, A., Richieri, R., Lancon, C., Gutiérrez-Maldonado, J., & Auquier, P. (2012). Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: a cross-cultural comparison of Chilean and French families. *BMC Fam Pract.*, Jul(6), 1-6.
- Boyle, D., Blodgett, L., Gnesdiloff, S., White, J., Bamford, A. M., Sheridan, M., & Beveridge, R. (2000). Caregiver quality of life after autologous bone marrow transplantation. *Cancer Nursing*, 23, 193-203.
- Brand, C., Barry, L., & Gallagher, S. (2016). Social support mediates the association between benefit finding and quality of life in caregivers. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 1126-1136.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). PRQ: A social support measure. *Nursing Research*, 30, 277-280.

- Cambell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 32, 88-103.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: lectures on concept development*: Behavioral Publications.
- Chou, K. R., Liu, S.-Y., & Chu, H. (2002). The effects of support groups on caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), 713-722.
- Cooley, C. H. (1998). *On Self and Social Organization*. Chicago: The university of Chicago Press.
- Crotty, P., & Kuly, R. (1986). Are Schizophrenics a burden to their families? Significant others views. *Health Social Worker*, 11, 173-188.
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications (3rd ed.)*. Newbury Park: Sage.
- Doornbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Realities and dream. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 39-46.
- Eakes, G. G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individual. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 77-84.
- Elloit, D. P. (1998). Caregiver issues in patients with dementia. *Journal of the American Society of Consultant Pharmacists*, 13(Supplement 11A), 11A11-11A18.
- Ergh, T. C., Rapport, L. J., Coleman, R. D., & Hanks, R. A. (2002). Predictors of caregiver and family functioning following traumatic brain injury: Social support moderates caregiver distress. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 17, 155-174.
- Ferrans, C. E., & Power, M. J. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Research in Nursing & Health*, 15(1), 29-38.
- Flank-Stromberg, M. (1984). Selecting an Instruments to Measure quality of life. *Once Nursing Forum*, 11(5), 88-91.

- Ganguly, K. K., Chadda, R. K., & Singh, T. B. (2010). Caregiver Burden and Coping in Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Qualitative Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 13*(2), 126-142.
- Gispén-de Wied, C. C. (2000). Stress in schizophrenia: an integrative view. *European Journal of Pharmacology, 405*(1), 375-384.
- Goode, K. T., Haley, W. E., Roth, D. L., & Ford, G. R. (1998). Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: A stress process model. *Health Psychology, 17*, 190-198.
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., & Bartolucci, A. A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging, 2*, 223-230.
- Hayes, L., Hawthorne, G., Farhall, J., O'Hanlon, B., & Harvey, C. (2015). Quality of Life and Social Isolation Among Caregivers of Adults with Schizophrenia: Policy and Outcomes. *Community Ment Health J, 51*, 591-597.
- Helgeson, V. (2003). Social support and quality of life. *Qual Life Res, 12 Suppl 1*, 25-31.
- House, J. S. (1981). *Work, Stress and Social Support*. ReadingMA: Addison Wesley.
- Ip, G. S. H., & Mackenzie, A. E. (1998). Caring for relative with serious mental illness at home: experiences of family care in Hong kong. *Archives of Psychiatric Nursing, 12*(5), 288-294.
- Jones, D., & Peters, T. J. (1992). Caring for elderly dependents: Effects on the carer's quality of life. *Age Ageing, 21*, 421-428.
- Kausar, R., & Nasr, T. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry, 8*, 1-17.
- Kazdin, A. E. (1977). *History of Behavior Modification*. Baltimore: University Park Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Li, J., Lambert, E., & Lambert, V. (2007). Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the people's Republic of China. *Nursing and Health Sciences, 9*, 192-198.
- Lubkin, L. M. (1986). *Chronic illness: impact and intervention*. Boston: Jones and Bartlet Publisher, Inc.

- Lueboonthavatchai, P., & Lueboonthavatchai, O. (2006). Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. *Journal of the Medical Association of Thailand.*, 89(3), 9-13.
- Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M., de Almeida, J. M., Held, T., Guarneri, M., . . . Maj, M. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 405-412.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., & Maj, M. (2005). Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social Science and Medicine*, 61(2), 313-322.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., & Maj, M. (2006). Social network in long-term disease: a comparative study in relatives of persons with schizophrenia and physical illnesses versus a sample from the general population. *Social Science and Medicine*, 62(6), 1392-1402.
- Margetic, B. A., Jakovljevic, M., Furjan, Z., Margetic, B., & Marsanic, V. B. (2013). QUALITY OF LIFE OF KEY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS AND ASSOCIATION WITH KINSHIP. *Central European Journal of Public Health*, 21(4), 220-223.
- Marram, G. K. (1978). *The group approach in nursing practice. (2nd ed)*. Saint Louis: The C.V.
- Moller, H. J., Breuer, R., Olesen, J., Bottcher, Y., Stefansson, H., Ophoff, R. A., & Collier, D. A. (2009). Common variants conferring risk of schizophrenia. *Nature International Journal of Science*, 460, 744-747.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34(4), 19-16.
- Murray, C. J., Ezzati, M., Flaxman, A. D., Lim, S., Lozano, R., & Michaud, C., et al. . (2012). GBD 2010: design, definitions, and metrics *The LANCET*, 380(9859), 2063-2066.
- Nijboer, C., Tempelaar, R., Triemstra, M., Van den Bos, G., & Sanderman, R. (2001). The role of social and psychologic resources in caregiving of cancer patients. *Cancer*, 91(5), 1029-1039.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assign evidence for nursing practice. 8th ed.* . Philadelphia: Lippincott.
- Richieri, R., Boyer, L., Reine, G., Loundou, A., Auquier, P., Lancon, C., & Simeoni, M. C. (2011). The Schizophrenia Caregiver Quality of Life questionnaire (S-CGQoL): Development and Validation of an instrument to measure quality of life of caregivers of individuals with schizophrenia. *schizophrenia Research, 126*, 192-201.
- Sadock, J. B., & Sadock, A. V. (2007). *Synopsis of psychiatry 10 ed.* Philadelphia: Lipincott Williams.
- Schumacher, K. L., Dodd, M. J., & Paul, S. M. (1993). The stress process in family caregivers of persons receiving chemotherapy. *Research in Nursing & Health, 16*, 395-404.
- Sethabouppha, P. H. (2002). *Buddhist family caregiver: A phenomenological study of family caregiving to the seriously mentally ill in Thailand.* (A Dissertation Presented to the Graduate Faculty of the University of Virginia in Candidacy for the degree of Doctor of Philosophy), The University of Virginia.
- Tanriverdi, D., & Ekin, 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.
- The WHOQOL Group. (1996). *WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of assessment, field trait version.* Geneva: WHO.
- Thompson, E. H., & al, e. (1993). Social support and caregiving burden in family caregivers of trial elders. *Journal of Gerontology, 48*, 245-254.
- Vedhara, K., Shanks, N., Anderson, S., & Lightman, S. (2000). The role of stressors and psychosocial variables in the stress process: A study of chronic caregiver stress. *Psychosomatic Medicine, 62*, 374-373.
- WHO. (2018). Schizophrenia: key facts. Retrieved from <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Winslow, B. W. (1997). Effects of formal supports on stress outcomes in family caregivers of Alzheimer's patients. *Research in Nursing & Health, 20*, 27-37.

- Wong, D. F. K., Lam, A. Y. K., Chan, S. K., & Chan, S. F. (2012). Quality of life caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health and Quality of life Outcomes, 10*(15), 1-9.
- Wuerker, A. K., Haas, G. L., & Bellack, A. S. (2001). Interpersonal Control and Expressed Emotion in Families of Persons with Schizophrenia: Change Over Time. *Schizophrenia Bulletin, 27*(4), 671-685.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2008). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*: Basic Books.
- Yeh, L. L., Hwu, H. G., Chen, C. H., Chen, H. C., & Wu, A. C. C. (2008). Factors Related to Perceived Needs of Primary Caregivers of Patients with Schizophrenia. *J Formos Med Assoc, 17*(8), 644-652.
- ZamZam, R., Midin, M., Hool, L. S., Yi, E. J., Ahmad, S. N., Azman, S. F., . . . Radzi, R. S. (2011). Schizophrenia in Malaysian families: A study on factors associated with quality of life of primary family caregivers. *International Journal of Mental Health Systems, 5*(16), 1-10.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. พ.ท. พลังสันต์ จงรักษ์	จิตแพทย์กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ผศ.ดร. รั้งสิมันต์ สุนทรไชยา	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. นางสาวสุณี ฉิมพิบูลย์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม
4. พ.ท.หญิง วรัญญา โลสุยะ	หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชและยา เสพติด กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5. อาจารย์ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา



ภาคผนวก ข

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีทางสถิติ Pair Sample T-test

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีทางสถิติ Independent T-test

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ค่าที่ยอมรับได้ของเครื่องมือ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2008) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550)

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

1. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

$$CVI = \frac{20}{25} = 0.8$$

การคำนวณความเที่ยงของเครื่องมือ

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาจะอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ค่าที่ยอมรับได้ในระดับต่ำที่สุดคือ .70 (DeVellis, 2012)

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .79

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.796	.800	25

2. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .80

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.805	.809	19

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
ของกลุ่มทดลองด้วยวิธีทางสถิติ Pair Sample T-test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	InterPretest	58.1579	19	5.38788	1.23606
	InterPosttest	82.0000	19	10.37625	2.38048

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	InterPretest - InterPosttest	-23.84211	10.85389	2.49005	-29.07351	-18.61070	-9.575	18	.000

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
ของกลุ่มควบคุมด้วยวิธีทางสถิติ Pair Sample T-test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	ConPretest	60.1500	20	3.23265	.72284
	ConPosttest	60.1000	20	3.16061	.70673

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	ConPretest - ConPosttest	.05000	3.47131	.77621	-1.57462	1.67462	.064	19	.949

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมด้วยวิธีทางสถิติ Independent T-test

Group Statistics

Group	Pretest	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Score	ทดลอง	20	58.35	5.314	1.188
	ควบคุม	20	60.15	3.233	.723

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
								95% Confidence Interval of the Difference		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
Score	Equal variances assumed	3.398	.073	-1.294	38	.203	-1.800	1.391	-4.616	1.016
	Equal variances not assumed			-31.368	38	.205	-1.800	1.391	-4.635	1.035

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมด้วยวิธีทางสถิติ Independent T-test

Group Statistics

Group	GroupPosttest	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ScorePosttest	ทดลอง	19	82.00	10.376	2.380
	ควบคุม	20	60.10	3.161	.707

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
ScorePosttest Equal variances assumed	18.388	.000	9.014	37	.000	21.900	2.429	16.977	26.823
Equal variances not assumed			8.819	21.157	.000	21.900	2.483	16.738	27.062



คู่มือโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท



นางสาววารภรณ์ สิ้นธุโสภา
ผศ.ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม ถือเป็นความเจ็บป่วยที่ยากต่อการดูแลรักษา และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 53-72 ความเรื้อรังของโรคจิตเภทส่งผลให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพารวมมากขึ้น จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องอาศัยผู้ดูแลให้การช่วยเหลือจึงจะสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทใน ปัจจุบันโรงพยาบาลจะรับผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันเพื่อบรรเทาอาการทางจิตที่รุนแรงหรือกำเริบเท่านั้น จากนั้นผู้ป่วยจิตเภทก็จะได้รับการจำหน่ายและผลักดันให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยยังมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วย จิตเภทร้อยละ 80 กลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ อาการทางจิตทุเลาลงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผล ของการรักษา โดยในแต่ละวันผู้ดูแลต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน คอยสังเกตอาการ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา และต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วยใน ทุกๆ เรื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงงานใน การทำกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ตนเอง ปฏิบัติอยู่ นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังต้องเผชิญพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจิตเภทตลอดเวลาจนส่งผลต่อ ชีวิตประจำวันและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาคคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นจะทำให้ผู้ดูแลมีความเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 41 มีคะแนนการประเมินภาวะสุขภาพเข้าเกณฑ์ที่น่าจะเป็นโรคทางจิต (วิตกกังวล หรือ ซึมเศร้า) ซึ่งเกิดจากความเครียดในการดูแลโดยตรง และส่งผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและผู้ป่วยเกิดการกลับเป็นซ้ำมากขึ้นตามมา การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และจากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 68.2 ต้องการการสนับสนุนทางสังคม การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังถือเป็นภาระที่หนักยิ่ง ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังล้วนต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด และการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้ สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ และสภาพอารมณ์ที่มีต่อความเครียดจากการดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้การพยาบาลเพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงควรมุ่งเน้นที่การจัดกระทำเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินค่าสถานการณ์และ ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา	1-11
กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด	12-26
กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์เพื่อ ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว	27-35
กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล	36-46
กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน	47-63
กิจกรรมที่ 6 สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม	64-66

แผนการดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินค่าสถานการณ์และฝึกทักษะการแก้ไข

ปัญหา

สถานที่ ห้องประชุมคลังใจ 2 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินค่าสถานการณ์
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและวิธีในการแก้ไข
ปัญหาโดยใช้เหตุผล
4. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ดูแลสามารถ

1. แสดงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแสดงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง
2. สามารถประเมินค่าสถานการณ์ที่ต้องเจอในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. สามารถเลือกใช้วิธีในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม
4. มีทักษะในการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล

สาระสำคัญ การสร้างสัมพันธภาพเป็นการสร้างความพร้อมและแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้นในระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม การให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินค่าสถานการณ์จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบ่งปันข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ การจัดการกับสถานการณ์เหล่านั้นโดยเลือกใช้วิธีในการเผชิญปัญหา 2 แบบ คือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่ปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผลเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเองและผู้อื่น และการได้ฝึกการประเมินค่าสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากสมาชิกในกลุ่มและฝึกทักษะในการจัดการ

กับปัญหาโดยใช้เหตุผล จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการประเมินค่าสถานการณ์ได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและความมั่นใจในการเลือกจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย พูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพโดยถามความเป็นอยู่ทั่วไป สร้างความคุ้นเคยเพื่อสร้างบรรยากาศผ่อนคลายและสร้างความไว้วางใจ
2. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวเอง และให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัวเอง พร้อมแจกใบแนะนำโครงการ
3. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกลุ่มและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถาม
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนบอกถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทจากการทำบทบาทผู้ดูแลและความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทตามใบงานที่ 1/1
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนเล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผ่านมุมมองของตนเอง พร้อมทบทวนแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเปิดโอกาสให้เพื่อนสมาชิกได้แลกเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์นั้นๆ
6. ผู้นำกลุ่มบรรยายใบความรู้ที่ 1/1 เรื่องการประเมินค่าสถานการณ์และกลวิธีการเผชิญปัญหา
7. ผู้นำกลุ่มแจกใบงานที่ 1/2 ให้สมาชิกทุกคนฝึกทักษะในการประเมินค่าสถานการณ์และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา
8. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ในเรื่องการประเมินค่าสถานการณ์ที่เหมาะสมจะมีผลต่อการทบทวนแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การนำข้อมูลมาหาวิธีการแก้ไขปัญหาและส่งผลถึงผลลัพธ์ที่ตามมาอย่างไร
9. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกแต่ละคนนำเสนอการประเมินค่าสถานการณ์และวิธีการแก้ไขปัญหาที่เลือก เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้เรียนรู้ร่วมกัน
10. ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลป้อนกลับ หรือรับรองให้ทราบถึงผลที่สมาชิกได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเปรียบเทียบกับมาตรฐานสังคมหรือสมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่ม
11. ผู้นำกลุ่มบรรยายใบความรู้ที่ 1/2 เรื่องการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล
12. ผู้นำกลุ่มให้ใบการบ้านเรื่องการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผลกับสมาชิกทุกคนกลับไปทำการบ้านโดยให้นำมาส่งในวันทำกลุ่มครั้งต่อไป
13. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปประเด็นอีกครั้ง พร้อมกล่าวชมเชย ให้กำลังใจและให้สมาชิกนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกทักษะต่อที่บ้าน และนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สื่อการสอน

1. ใบความรู้ 1/1 เรื่องการประเมินค่าสถานการณ์และกลวิธีการเผชิญปัญหา
2. ใบความรู้ที่ 1/2 เรื่องการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล
3. ใบงานที่ 1/1 ความรู้สึกและความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทจากการทำบทบาทผู้ดูแล
4. ใบงานที่ 1/2 ฝึกทักษะในการประเมินค่าสถานการณ์และการแก้ไขปัญหา (จากสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท)
5. ใบกรบ้านเรื่องการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผล
6. ดินสอ/ปากกา กระดาษ สำหรับผู้ดูแล

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ และสามารถตอบคำถามในใบงานแต่ละกิจกรรมได้ถูกต้อง

ใบงาน 1/1 ความรู้สึกและความคาดหวังที่มี
ต่อผู้ป่วยจิตเภทจากการทำบทบาทผู้ดูแล

ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทจากการทำบทบาทผู้ดูแล

.....

.....

.....

.....

.....

ความคาดหวังที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

.....

.....

.....

.....

.....

ใบความรู้ 1/1

เรื่องการประเมินค่าสถานการณ์และกลวิธีการเผชิญปัญหา

ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่าเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังในการปรับตัว เพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การประเมินตัดสินเป็นกระบวนการของความรู้อีกหนึ่งคิดที่บุคคลใช้ในการตัดสินเหตุการณ์ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมว่าเป็นความเครียดหรือไม่ โดยใช้การประเมิน 2 ลักษณะ ได้แก่

การประเมินขั้นปฐมภูมิ เกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ แล้ว ผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ที่ประสบโดยใช้สติปัญญา ความรู้ และประสบการณ์ที่มีว่ามีผลต่อตนเองหรือไม่อย่างไร โดยประเมินออกมาได้ 3 ลักษณะ คือ

1. ไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง คือ การประเมินขั้นต้นว่า สถานการณ์นั้นไม่มีผลกระทบต่อภาวะความรับผิดชอบของตน
2. มีผลดีกับตนเอง ส่งเสริมให้เกิดความสุข ผู้ดูแลจะตอบสนองต่อสถานการณ์ด้วยความเพลิดเพลินใจ มีความสุข และมีความมั่นใจ
3. มีผลร้ายกับตนเอง คือ การประเมินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความเครียดใน 3 รูปแบบ คือ
 - **3.1 แบบเป็นอันตรายหรือสูญเสีย** คือ การประเมินเพื่อให้ทราบว่า สถานการณ์นั้นเป็นอันตรายกับตนเองหรือก่อให้เกิดความสูญเสียต่อทั้งด้านสัมพันธภาพ สุขภาพ หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
 - **3.2 แบบเป็นความรู้สึกถูกคุกคาม** คือ การประเมินเพื่อให้ทราบว่าสถานการณ์นั้นอาจทำให้เกิดอันตรายหรือสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์ด้านลบโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ เป็นต้น
 - **3.3 แบบเป็นความรู้สึกทำทนาย** คือ การประเมินเพื่อให้ทราบว่า สถานการณ์นั้นอาจทำให้เกิดอันตรายหรือสูญเสีย แต่สามารถควบคุมสิ่งนั้นได้ ทำให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์ด้านบวก เช่น ความหวัง ความเชื่อมั่น ความตื่นตันที่จะเรียนรู้และต่อสู้เพื่อจะเอาชนะให้ได้

การประเมินขั้นทุติยภูมิ เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกต่างๆ ที่ผู้ดูแลนั้นมีอยู่เพื่อจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลจะประเมินตัดสินว่า สถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความเครียดหรือไม่ และรุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย คือ

**การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
(Information Support)**

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล

สถานที่ ห้องประชุมคลังใจ 2 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ถูกต้อง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการดูแลจากการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของ

ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้ดูแลสามารถ

1. บอกข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท การดูแลรักษา อาการข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการนำอาการเตือน และวิธีการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้
2. มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสมผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและมีทักษะในการดูแล ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทของตนเองและเพิ่มเติมข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันเข้าไป จะส่งผลให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาการเจ็บป่วย รับรู้ข้อจำกัดของโรค มีความคาดหวังกับผู้ป่วยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง และให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกทักษะการดูแลจากการจัดการกับตัวอย่างพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยในสถานการณ์ต่างๆ รวมถึงวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการรู้จักสังเกตอาการนำอาการเตือน ซึ่งจะทำให้สมาชิกเกิดทักษะและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก และเปิดโอกาสให้สมาชิกทักทายกัน โดยพูดถึงเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยมากขึ้น
2. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน โดยสอบถามถึงทักษะการจัดการกับอารมณ์ที่สมาชิกได้นำไปใช้ที่บ้าน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจที่มีเกี่ยวกับโรคจิตเภท

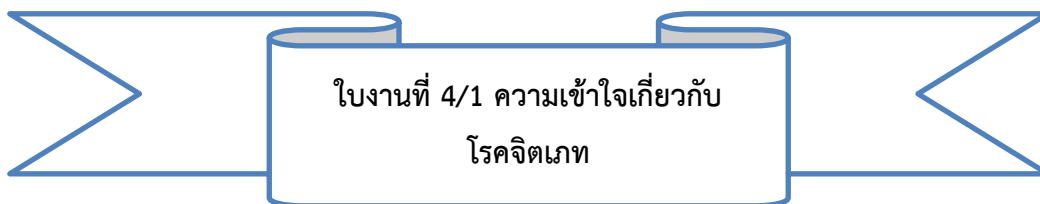
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 4/1 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท
5. ผู้นำกลุ่มนำเสนอใบความรู้ 4/1 เรื่องโรคจิตเภท
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนของผู้ป่วยที่พบในระหว่างที่ได้ให้การดูแล
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 4/2 การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท
8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย
9. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนทำใบงานที่ 4/3 วิธีการจัดการกับอาการที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย
10. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในบริบทต่างๆ เช่น ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี ทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยเกียจคร้านไม่สนใจทำงาน เป็นต้น
11. ผู้นำกลุ่มแจกคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแจกใบการบ้านเรื่องทักษะการดูแลที่ฉันฝึกทำที่บ้านให้สมาชิกทุกคนกลับไปทำที่บ้านโดยให้นำมาส่งในวันทำกลุ่มครั้งต่อไป
12. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปประเด็นอีกครั้ง พร้อมกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ และให้สมาชิกนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกทักษะต่อที่บ้าน และนัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไป

สื่อการสอน

1. ใบความรู้ 4/1 เรื่องโรคจิตเภท
2. คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบงานที่ 4/1 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท
4. ใบงานที่ 4/2 การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท
5. ใบงานที่ 4/3 วิธีการจัดการกับอาการที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย
6. ใบการบ้านเรื่องทักษะการดูแลที่ฉันฝึกทำที่บ้าน
7. ดินสอ/ปากกา กระดาษ สำหรับผู้ดูแล

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกกลุ่ม ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ และสามารถตอบคำถามในใบงานแต่ละกิจกรรมได้ถูกต้อง



ใบงานที่ 4/1 ความเข้าใจเกี่ยวกับ
โรคจิตเภท

ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทอย่างไร

สาเหตุของโรคเกิดจาก :

.....

.....

.....

อาการของโรคมีอะไรบ้าง :

.....

.....

.....

การรักษาทำอย่างไร :

.....

.....

.....

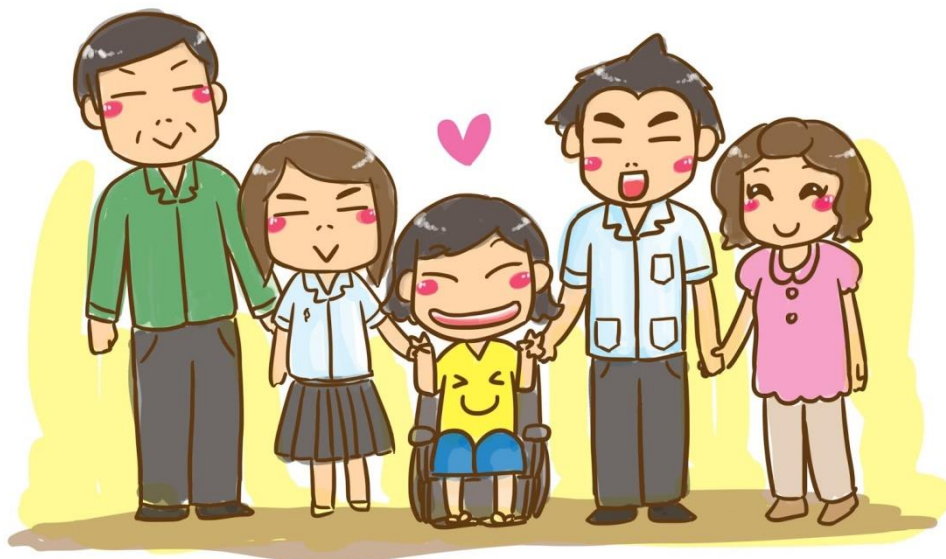
อาการข้างเคียงจากยามีอะไรบ้าง :

.....

.....

.....

คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท



โดย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางสาววารภรณ์ สินธุโสภา

ผศ.ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งจากโรคทางจิตเวชทั้งหมด แนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันมุ่งเน้นให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติจึงทำให้ผู้ดูแลกลายเป็นบุคคลสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ทำความเข้าใจกับโรคจิตเภทให้มากขึ้นรวมถึงวิธีการดูแลและฝึกฝนทักษะต่างๆ ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมพร้อมกับการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ด้วยความปรารถนาดี

ผู้จัดทำ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
มาทำความรู้จักกับโรคจิตเภท	1
การรักษาโรคจิตเภททำอะไร	3
การสังเกตอาการนำอาการเตือน	6
อาการสำคัญที่ต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันที	7
การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสถานการณ์ต่างๆ	7
การประเมินค่าสถานการณ์และกลวิธีการเผชิญปัญหา	12
การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว	14
การสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างสร้างสรรค์	17
วิธีการผ่อนคลายความเครียด	20
แหล่งสนับสนุนในกรมสุขภาพจิต	29
แหล่งสนับสนุนนอกกรมสุขภาพจิต	30



มาทำความรู้จักกับ โรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น การแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้ และอารมณ์ ผิดปกติจากคนทั่วไป

สาเหตุ...ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่

- การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์
- สารเคมีในสมองผิดปกติ การได้รับสารกระตุ้นทางสมอง เช่น สารเสพติดต่างๆ
- โครงสร้างของสมองผิดปกติ การได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง การติดเชื้อในสมอง
- มีสิ่งมากระทบจิตใจอย่างรุนแรง การอยู่ในครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง
- ปัญหาขณะอยู่ในครรภ์และระหว่างคลอด
- การมีฐานะยากจน อยู่ในครอบครัวที่มีความเครียดสูง สภาพสังคมที่บีบคั้น

อาการของโรค...แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่

- 1.1 **อาการหลงผิด** เช่น ผู้ป่วยหลงผิดคิดว่ามีคนมาคอยปองร้ายตนเอง หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญมีอำนาจเหนือผู้อื่น

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความ หรือเขียนคำตอบที่

ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดลงในช่องข้อความ

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 คู่ โดย คู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกันภายในบ้านหลังเดียวกัน
 คู่สมรสอาศัยอยู่คนละที่
4. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 อนุปริญญา ปริญญาตรี อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. อาชีพ
 ว่างงาน รับจ้าง ค้าขาย
 เกษตรกรรม รับราชการ อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้
 เพียงพอและเหลือเก็บ เพียงพอกับรายจ่าย
 ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ไม่มีรายได้
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. ศาสนาที่ท่านนับถือ
 พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ โปรดระบุ.....
8. ภาวะสุขภาพของท่าน
 แข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัว
 มีโรคประจำตัวที่ต้องใช้ยารักษาประจำ คือ.....
9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท
 บิดา มารดา พี่ น้อง
 สามี ภรรยา บุตร
10. สัมพันธภาพระหว่างท่านกับผู้ป่วยจิตเภท
 ดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดีเลย
11. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....ปี.....เดือน

แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ชุดที่.....

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้มีจำนวน 25 ข้อ จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่านซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เคยเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่เคยเกิดขึ้นกับท่านเลย
 นานๆครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านนาน ๆ ครั้ง
 บางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง
 บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง
 เสมอ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านเสมอ

ข้อความ	ไม่เคยเลย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เสมอ
ด้านความผาสุกทางกายและจิตใจ					
1. ท่านรู้สึกเศร้า หดหู่					
2. ท่านรู้สึกว่าทำงานมากเกินไป เหนื่อยล้า					
3. ท่านรู้สึกหมดแรง					
...					
...					
ด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส					
12. ท่านได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากสามีหรือภรรยา					
13. ท่านเป็นคนที่มีสามีหรือภรรยาเข้าใจและยอมรับฟัง					
...					
...					
24. ท่านมีปัญหาทางการเงินเนื่องจากต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท					
25. ท่านมีความขาดแคลนทรัพยากรวัตถุปัจจัยต่างๆ (เช่น ที่พัก ยานพาหนะ เป็นต้น)					

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ชุดที่.....

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ มีจำนวน 19 ข้อ เพื่อสอบถามเกี่ยวกับชนิดและความรู้สึกของท่านจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขอให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่เกิดขึ้นกับท่านเลย

นานๆครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านนาน ๆ ครั้ง

บางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง

บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง

ตลอดเวลา หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านตลอดเวลา

ข้อความ	ไม่เป็นจริงเลย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอดเวลา
การสนับสนุนทางอารมณ์					
1.มีผู้แสดงความเอาใจใส่ ห่วงใย เมื่อทราบว่่าสมาชิกในครอบครัวของท่านป่วยเป็นโรคจิตเภท					
2.มีคนคอยรับฟังเมื่อท่านมีความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ					
...					
...					
...					
การสนับสนุนทางวัตถุ					
6.ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
7.ท่านมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือโดยไม่หวังผลตอบแทน					
...					
...					
...					
18.ท่านได้รับทราบความรู้เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากบุคลากรทางการแพทย์					
19.ท่านไม่ได้รับทราบรายละเอียดในการติดต่อในเรื่องต่างๆ เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์					





เอกสารรับรองโครงการวิจัย
 โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์
 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

เอกสารรับรองเลขที่ 008/2560 รหัสโครงการ : 08-122560

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาววราภรณ์ สินธุโสภณ

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือยินยอมคนให้ทำการวิจัย
4. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม

วันที่รับรอง : 12 ธันวาคม 2560

วันที่หมดอายุ : 12 ธันวาคม 2561

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยจากคณะกรรมการจริยธรรม
 วิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

(นางอัญชลี สิริเทพทวี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

(นางสุวรรณี เวียงเดช)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์



ภาคผนวก จ

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ชื่อผู้วิจัย	นางสาววราภรณ์ สินธุโสภณ
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	กองบิน 1 แผนกซ่อมเครื่องยนต์ที่ 3 ต.หนองไผ่ล้อม อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000 โทรศัพท์มือถือ 087-5616031 E-mail: minhoandpare.2012@hotmail.co.th

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยขอชี้แจงให้ท่านได้ทำความเข้าใจและทราบว่าการวิจัยนี้ทำเพื่อต้องการทราบว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่ อย่างไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลนี้อย่างละเอียดรอบคอบ โดยท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. วัตถุประสงค์การวิจัย คือ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 7 สัปดาห์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจะเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลอง คือ รายได้ของครอบครัวและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล โดยใช้วิธีการจับคู่จากสองคุณลักษณะดังกล่าว และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับสลากเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คู่

5. กลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการหรือมารับยาแทน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

5.1 เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่งที่อยู่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และเป็นผู้ที่มิสถานภาพสมรสคู่ โดยคู่สมรสยังมีชีวิตอยู่และอาศัยอยู่ด้วยกัน

5.2 เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

5.3 มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง

5.4 สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้

5.5 มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (Mean) ตั้งแต่ 62 คะแนนและต่ำกว่าลงมาตามเกณฑ์จากงานวิจัยของ Richieri et al. (2011)

5.6 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

6. รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย

กลุ่มควบคุม ผู้เข้าร่วมวิจัยที่อยู่กลุ่มนี้ ผู้วิจัยจะให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนว่าจะมาพบผู้เข้าร่วมวิจัยในสัปดาห์ที่ 7 อีกครั้ง เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) ในระหว่างนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ ประกอบด้วยการสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว วิธีสังเกตอาการข้างเคียงจากยา ให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับวิธีการคลายเครียด รวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เป็นต้น และในสัปดาห์ที่ 7 ภายหลังจากทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยแจ้งผลการประเมิน และกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจัดแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการทำกิจกรรมตามโปรแกรมด้วยตัวของผู้วิจัยเอง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินค่าสถานการณ์และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเผชิญต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถรับรู้และประเมินค่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ และฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผลได้ ทำให้

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีกำลังใจและความมั่นใจในการเลือกจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด ให้ความรู้เรื่องความเครียด และสาธิตวิธีการจัดการกับความเครียด ซึ่งจะทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีแนวทาง และสามารถเลือกวิธีในการจัดการกับความเครียดได้ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดทักษะ ช่วยบรรเทาความเครียดที่มีอยู่ในร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยจัดให้ผู้เข้ารับการร่วมวิจัยทราบถึงผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวโดยยกตัวอย่างสถานการณ์ และทำความเข้าใจสาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม สอนวิธีในการจัดการกับอารมณ์ และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยฝึกทักษะการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม ทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีกำลังใจในการทำบทบาทผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าใจปัญหาการเจ็บป่วย ยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว ซึ่งจะทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้เข้าร่วมการวิจัยอยู่ร่วมกันในครอบครัวได้อย่างมีความสุขมากยิ่งขึ้น

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยศึกษาสถานการณ์จำลองการสื่อสารทางลบร่วมกันแสดงความคิดเห็น และฝึกทักษะการสื่อสารทางบวก ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชน ผู้วิจัยให้ข้อมูลถึงแหล่งสนับสนุน วิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ และแนะนำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้จักกับเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ ช่วยให้คลายความกังวล ช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมการวิจัยดีขึ้น

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 6 สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเองว่าได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปประยุกต์ใช้อย่างไร โดยการแลกเปลี่ยนกับผู้เข้าร่วมการวิจัยในกลุ่ม และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย ร่วมเป็นเครือข่ายในการให้การช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสรุปการทำกลุ่ม และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยแจ้งผลการประเมิน

สัปดาห์ที่ 7 ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย ทำแบบประเมินผลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นผู้วิจัยแจ้งผลการประเมินและกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัย ปิดกิจกรรม

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัยนี้ คือ เป็นแนวทางให้กับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เป็นแนวทางในการส่งเสริมรูปแบบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ ต่อไป

8. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทร 087-5616031

9. ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้ส่วนร่วมในการวิจัย

10. การเข้าร่วมเป็นประชากรตัวอย่างหรือผู้ส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

11. ข้อมูลใดๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมการวิจัย จะถือเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ โดยข้อมูลและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

12. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ศูนย์ความเชี่ยวชาญสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ เลขที่ 86 ถนนช้างเผือก ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทรศัพท์ 044-233999 ต่อ 65512, 65922

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ทำที่...โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์...

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามแนบท้ายหนังสือฉบับนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาววารภรณ์ สินธุโสภา

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย กองบิน 1 แผนกซ่อมเครื่องยนต์ที่ 3 ต.หนองไผ่ล้อม อ.เมือง

จ.นครราชสีมา 30000

โทรศัพท์มือถือ 087-5616031

E-mail: minhoandpare.2012@hotmail.co.th

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนจากผู้วิจัย
ชื่อนางสาววารภรณ์ สินธุโสภา ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี
ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจ
เกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าวและมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการเข้าร่วมใน
การวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวจากการวิจัยนั้นจะไม่มี
ผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับต่อไป

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย โดยผู้วิจัยรับรองว่า
จะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า
ต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และได้อ่านข้อความข้างต้น
แล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้ว
ในเอกสารข้างต้น จึงได้ลงลายนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ


(นางสาววารภรณ์ สินธุโสภา)

ผู้วิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ภาคผนวก ฉ
ตารางแสดงการเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคู่ (Matched Pair)
ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคู่ (Matched Pair) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
คู่ที่	รายได้ของครอบครัว		ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	
1	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	แข็งแรงดี	แข็งแรงดี
2	เพียงพอกับรายจ่าย	เพียงพอกับรายจ่าย	แข็งแรงดี	แข็งแรงดี
3	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	มีโรคประจำตัว	มีโรคประจำตัว
4	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	แข็งแรงดี	แข็งแรงดี
5	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	แข็งแรงดี	แข็งแรงดี
6	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	มีโรคประจำตัว	มีโรคประจำตัว
7	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	แข็งแรงดี	แข็งแรงดี
8	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	แข็งแรงดี	แข็งแรงดี
9	เพียงพอกับรายจ่าย	เพียงพอกับรายจ่าย	แข็งแรงดี	แข็งแรงดี
10	เพียงพอกับรายจ่าย	เพียงพอกับรายจ่าย	แข็งแรงดี	แข็งแรงดี
11	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	มีโรคประจำตัว	มีโรคประจำตัว
12	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	แข็งแรงดี	แข็งแรงดี
13	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	มีโรคประจำตัว	มีโรคประจำตัว
14	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	แข็งแรงดี	แข็งแรงดี
15	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	แข็งแรงดี	แข็งแรงดี
16	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	แข็งแรงดี	แข็งแรงดี
17	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	แข็งแรงดี	แข็งแรงดี
18	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	แข็งแรงดี	แข็งแรงดี
19	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	มีโรคประจำตัว	มีโรคประจำตัว
20	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	แข็งแรงดี	แข็งแรงดี

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอกับรายจ่าย และส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี



ภาคผนวก ข

ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยประเมินทันทีหลัง
เสร็จสิ้นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยประเมินทันทีหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม (n= 19)

คนที่	คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	อยู่ในระดับ
1	4.05	สูง
2	4.52	สูง
3	3.57	สูง
4	3.26	ปานกลาง
5	4.31	สูง
6	3.73	สูง
7	4.31	สูง
8	3.52	สูง
9	3.89	สูง
10	3.78	สูง
11	3.63	สูง
12	4.10	สูง
13	3.68	สูง
14	3.52	สูง
15	3.57	สูง
16	3.15	ปานกลาง
17	3.15	ปานกลาง
18	3.84	สูง
19	3.89	สูง

จากตารางที่ 8 ผลคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.52 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3.15 คะแนน สรุปได้ว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป



ภาคผนวก ซ

จดหมายติดต่อเพื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จดหมายติดต่อเพื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

จดหมาย Outlook

ใหม่ | ตอบกลับ | ลบ | เก็บถาวร | ชะงัก | ล้าง | ย้ายไปยัง | เลิกทำ

ผลลัพธ์การค้นหา
ในโฟลเดอร์

โฟลเดอร์ทั้งหมด

- กล่องจดหมายเข้า
- รายการที่ส่ง
- แบบร่าง

จาก

- แพร์ สิ้นธุโสภา minhoandpare.2012
- Pennapa Dangdon dpennapa@gmail.co
- Karina Megasari W karinawinahyu@yah
- Engage engageaf-tim148@q

ดาวน์โหลด

- มีสิ่งที่แนบมา

วันที่

- ทั้งหมด
- สืบค้นนี้
- สืบค้นที่ไปแล้ว

แอส แพร์ สิ้นธุโสภา
พ.ศ. 6/4/2017, 12:25
คุณ: laurent.boyer@ap-hm.fr; อ.เพ็ญมา แดงดอมพาร์ (dpennapa@gmail.com)

คุณส่งข้อความนี้เมื่อ 6/4/2017 12:48

Dear Laurent Boyer,

Let me introduce myself, I am a nursing student at Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. I study Master's degree course of psychiatric nursing. I'm interested in your instrument : "the Schizophrenia Caregiver Quality of Life questionnaire (S-CGQoL)" published in Schizophrenia Research, Volume 126, Issues 1-3, March 2011, Pages 192-201. I just discussed with my research advisor on this topic that I might develop for my proposal on the title of "THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT GROUP PROGRAM ON QUALITY OF LIFE IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS". Unfortunately, we could not find how to calculate questionnaire scoring in the article but we found out that you developed this scale. Could you please kindly send us the full S-CGQoL? We would like to see the scale whether it fit with my setting or not. If yes, we will write an official letter for asking permission to use the questionnaire from you.

Sincerely yours,
Miss Waraporn Sinthusopa
Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, BKK, Thailand.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววราภรณ์ สิริสุโสภา เกิดเมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2529 ประวัติการศึกษา สำเร็จ การศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี การศึกษา 2551 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิต เวชและสุขภาพจิต (ในเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2558 และในปีการศึกษา 2559 ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมฝึกอบรมด้านภาวะผู้นำนิสิตและการ สร้างความเข้มแข็งในความร่วมมือด้านกิจกรรมบัณฑิตศึกษา เรื่อง “Developing leadership capacity of graduate student and Strengthening Student Affair Collaboration between Thailand and Vietnam in Nursing Education” ณ ประเทศเวียดนาม ระหว่าง วันที่ 5-10 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ด้านประสบการณ์การทำงาน เคยทำงานที่โรงพยาบาลศรี นครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2554 หอผู้ป่วยใน แผนก กายกรรม ปัจจุบันทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิจักษณ์ หน่วยวิจักษณ์ทางการแพทย์ กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ 14 ซอยนครสวรรค์ 43 ถนนนครสวรรค์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000 โทรศัพท์ 087-5616031 (มือถือ) Email: minhoandpare.2012@hotmail.co.th

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY