

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังที่มีความผิดปกติทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม จึงต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้กลุ่มอาการทางจิตของผู้ป่วยทุเลาลง และช่วยป้องกันการป่วยซ้ำ (Sadock and Sadock, 2007) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจิตเภทมักมีการดำเนินโรคและการตอบสนองต่อการบำบัดรักษาที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยบางรายหลังได้รับการดูแลรักษาแล้วจะมีอาการดีขึ้นมาก ในขณะที่ผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งกลับมีอาการแย่ลงเรื่อยๆ และ อาจมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ แม้ว่า จะได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องแล้วก็ตาม (ชัชชัย ลิขานานาจ, 2552) ดังนั้น โรคจิตเภทจึงถือเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งอาจเกิดอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ (relapse) ได้ง่าย โดยพบอัตราการป่วยซ้ำได้สูงถึง ร้อยละ 50 – 90 (Suzuki et al., 2003) ทั้งนี้อาจพบอัตราการป่วยซ้ำที่แตกต่างกัน เนื่องจากปัจจัยบางประการ เช่น ผลการศึกษาของ Montgomery and Kirkpatrick (2002) พบว่าอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจะสูงขึ้นตามระยะเวลาภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในอัตราร้อยละ 30-40, 40-50, และ 65-70 ในระยะเวลา 6 เดือน 1 ปี และ 3-5 ปี หลังจำหน่ายตามลำดับ นอกจากนี้ อาจเนื่องจากการให้ยาที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ยาอย่างกว้างๆ เช่น Burns, Fiander, and Audini (2000) กล่าวว่า การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบขึ้นใหม่จนส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางสังคมด้านต่างๆ หรือ นิยามที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น Almond et al. (2004) ให้นิยามว่า การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางบวก (positive symptoms) หรือทางลบ (negative symptoms) ที่รุนแรงขึ้น หรือ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบมากขึ้นจนต้องกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา

จะเห็นได้ว่าการป่วยซ้ำเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยของผู้ป่วยจิตเภทที่ดำรงชีวิตในชุมชน แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกก็ตาม (Gelder, Lopez-Ibor, and Andreasen, 2000) ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการอันประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ 1) การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่อยากรับประทานยา และหยุดรับประทานยา (Kazadi, Moosa and Jeenah, 2008) 2) การที่ผู้ป่วยใช้สารเสพติด (Swofford et al., 1996) 3) ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมด้วย (Siris, 2000)

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR) เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 Graduate School.

และ 4) เกิดจากผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวัน สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแลในครอบครัว Butzlaff and Hooley (1998) พบว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลับไปอยู่กับครอบครัวที่แสดงออกทางอารมณ์สูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสป่วยซ้ำมากกว่า การกลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Left and Vaughn (1985) ที่พบว่าภายใน 9 เดือนหลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่กับครอบครัว แต่หากครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสป่วยซ้ำร้อยละ 58 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ มีโอกาสป่วยซ้ำเพียงร้อยละ 16

จากผลการทบทวนที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล สะท้อนให้เห็นว่าในการป้องกันปัญหาการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ชุมชน นอกจากจะดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ต่อเนื่องในชุมชนแล้ว จึงจำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวร่วมด้วย ทั้งนี้เพราะผู้ดูแลในครอบครัวถือเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาก เป็นผู้คอยให้การสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติ (Anderson, Hogarty, and Reiss, 1986) ซึ่งปัจจุบันผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากรายงานสถิติจากกองแผนงานกรมสุขภาพจิต เกี่ยวกับการรับผู้ป่วยนอกจิตเวช เพื่อตรวจรักษาต่อของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตพบว่า ในปี 2547 มีร้อยละ 26.85 และเพิ่มเป็นร้อยละ 45.56 ในปี 2550 จากจำนวนผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด ซึ่งจึงจะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจะได้รับการจำหน่ายกลับสู่ชุมชนมากขึ้นเช่นเดียวกัน (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2008 อ้างใน ھرรหยา เศรษฐบุปผา, 2551)

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ชุมชน มักไม่มีโอกาสใช้ความสามารถที่ตนมีอยู่ เพราะถูกสังคมมองว่าไร้ค่า ทำให้ไม่ได้รับความไว้วางใจจากคนรอบข้างขาดอิสระภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542) ประกอบกับลักษณะของโรคจิตเภทที่มีอาการเรื้อรัง จึงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่เมื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน โดยลักษณะอาการจะแตกต่างกันไป ผู้ป่วยจิตเภทบางกลุ่ม ไม่คิดว่าตนเองป่วย อาจเนื่องจากเบื่อหน่ายต่อการรักษา (กฤษณ์ชลิตี เพ็ชรทอง, 2547) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองลดลง (ปีทมา สิริเวช, 2552) โดยพบว่าในระยะแรกหลังจำหน่ายผู้ป่วยจะยังคงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี แต่เมื่อผู้ป่วยมีความอิสระมากขึ้นก็มักไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากครอบครัว จึงไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆในชีวิตประจำวันได้เท่ากับ

บุคคลทั่วไป (สุวิมล สมัตถะ, 2541) และมีข้อจำกัดด้านการแสดงความสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นบุคคลสำคัญที่คอยดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงาน ในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อีกทั้งยังต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ตนปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ซึ่งการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมดังกล่าวเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต ขาดอิสระและการบริหารเวลาถูกรบกวน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกเคียดแค้น ความรู้สึกเกินกำลังในการดูแลผู้ป่วย มีความอับอายเพื่อนบ้านที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท เกิดปัญหาสุขภาพกับผู้ดูแล ปัจจัยแวดล้อมเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาและรู้สึกเป็นภาระ (Montgomery, Stull, and Bogatta, 1985; Jungbauer et al., 2003)

ทั้งนี้ Montgomery et al. (1985) ได้แบ่งภาระการดูแลออกเป็น 2 ประเภท คือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจนจากสถานการณ์การดูแลโดยตรง เช่น การรับรู้ขนาดความยุ่งยาก หรือ ความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการรบกวนการเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ดูแล และภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ หรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์การดูแล ซึ่ง Magliano et al. (1998) ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยสูงถึงร้อยละ 46 และ 56 ตามลำดับ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยก็พบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวน 30 คน พบว่าผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้ภาระการดูแลในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 73.33 และอยู่ในระดับมากคิดเป็น ร้อยละ 20 จึงเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับความยากลำบากจากการรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุสำคัญของการเกิดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและวิธีการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งไม่สามารถแก้ไขปัญหาและจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ (Marsh and Johnson, 1997) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lim and Ahn (2003) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทพบว่า หากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระการดูแลเชิงอัตนัย

นอกจากนี้สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะจากการดูแล คือการขาดการสนับสนุน การประคับประคองด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยพบว่าครอบครัวจะมีการรับรู้ภาวะในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคม (ดรุณี กชพรม, 2543; Magliano et al., 1998)

ภาระการดูแลทั้งเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านเศรษฐกิจ (รัชนีกร อุปเสน, 2541) โดยเกิดผลกระทบด้านร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ เหน็ดเหนื่อย และ รับประทานอาหารไม่ได้ ส่วนผลกระทบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่าผู้ดูแลจะมีความเป็นส่วนตัวลดลง และ มีเวลาในการทำกิจกรรมทางสังคมที่ตนชื่นชอบลดลง อีกทั้งเกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และมีเงินออมลดลง ทำให้ครอบครัวมีความเดือดร้อนทางการเงินและมีภาระหนี้สิน (รัชนีกร อุปเสน, 2541; ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) นอกจากนี้ผลกระทบซึ่งพบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญมากและพบได้บ่อยในผู้ดูแลก็คือผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานจึงทำให้ผู้ดูแลเครียด เกิดอารมณ์หงุดหงิด โกรธ มีความกังวลในพฤติกรรมที่เป็นอันตรายของผู้ป่วย และต้องคอยเฝ้าระวังความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว รู้สึกเศร้า ที่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (สายใจ พัวพันธ์, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระจะทำให้ผู้ดูแลไม่สนใจการดูแลผู้ป่วย ไม่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพิกเฉยต่อการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความบกพร่องด้านการปรับตัว เมื่อขาดผู้คอยสนับสนุนช่วยเหลือก็ย่อมดูแลตนเองได้ไม่ดี เกิดอาการกำเริบและต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (วัชรภรณ์ ลือไชสงค์, 2541)

นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่ายสู่ชุมชน ผู้ดูแลจะมีความคาดหวังสูงว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลแล้วก็น่าจะควบคุมอาการผิดปกติต่าง ๆ ด้วยตนเอง อีกทั้งผู้ดูแลเข้าใจผิดว่าโรคจิตเภทเกิดจากปัญหาภายในตัวของผู้ป่วยเอง พฤติกรรมของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ดูแล จึงเป็นเหตุให้ผู้ดูแลรู้สึกผิดหวัง โกรธ ขาดความอดทนต่อปัญหาของผู้ป่วย จึงใช้วิธีที่ไม่เหมาะสม และไม่ยืดหยุ่นต่อผู้ป่วย (McDonagh, 2005) หรืออาจแสดงออกด้วยการพูดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงดั่งขึ้น เพื่อควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย (Hooley, 2007) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความบกพร่องด้านการตอบสนองทางอารมณ์ โดยแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภท ในลักษณะที่มากกว่าปกติ ทั้งทางภาษาพูด หรือ ภาษาท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์ หรือ ทศนคติที่ตนมีต่อผู้ป่วย หรือที่เรียกว่า แสดงออกทางอารมณ์สูง (High Expressed Emotion: HEE) ซึ่ง Left and Vaughn (1981) พบว่าผู้ดูแลที่แสดงออกทางอารมณ์สูง จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ใน 2 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) และการ

แสดงความรู้สึกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Emotion Over Involvement) รวมถึงการแสดงความไม่เป็นมิตร โดยขยายความต่อว่าผู้ดูแลที่แสดงออกทางอารมณ์สูงใน 2 รูปแบบดังกล่าว จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน 4 ลักษณะ ซึ่งทำให้ผู้ป่วย จิตเภทรับรู้ถึงการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแล ได้แก่ 1) การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก (High level of intrusiveness) 2) การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A highly emotional response to patient's illness) 3) การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A negative attitude toward the patient's illness) และ 4) การมีความอดทนต่ำ ร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท (A low level of tolerance and high expectations of client)

การแสดงออกทางอารมณ์สูง (HEE) ของครอบครัวจะมีความแตกต่างตามสภาพสังคมและวัฒนธรรม เช่น González (2010) ได้ทำการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอกในประเทศสเปน พบว่าผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (HEE) ถึงร้อยละ 52.6 ส่วน Azhar and Varma (1996) พบว่าผู้ดูแลในประเทศมาเลเซีย ร้อยละ 25.3 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับสูง สำหรับในประเทศไทย ดวงดา อุทุมพฤษทรัพย์ (2533) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังด้านส่วนตัวและครอบครัวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา โดยศึกษาในผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ บิดา หรือมารดา หรือญาติ ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยจำนวน 90 ราย พบว่า ร้อยละ 10 มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง นอกจากนี้ ภรดี ไชยสิน (2545) ได้ทำการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในภาคอีสาน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกทางอารมณ์สูงคิดเป็นร้อยละ 31.2 ซึ่งข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเมืองไทยก็มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง อันเกิดจากการตอบสนองทางอารมณ์อย่างไม่เหมาะสม

การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัจจัยทั้งด้านผู้ป่วยเองและปัจจัยด้านผู้ดูแล โดยปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ทำงาน ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลเครียดและแสดงอารมณ์ในลักษณะการวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร นอกจากนี้ยังเกิดจากอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ดูแลเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป จนมีการแสดงออกทางอารมณ์ในลักษณะที่มีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Schreiber, Breifer, and Pichar, 1995) สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแลนั้น Schreiber, Breifer, and Pichar (1995) พบว่าเกิดจากบุคลิกของผู้ดูแลเอง ที่ชอบตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์ และเกิดจากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในโรคจิตเภทและขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลมีความคาดหวังต่อ

การฟื้นฟูของโรคจิตเภทที่เกินความเป็นจริง (Weisman et al., 1998; Karanci and Indialar, 2002) มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ในระดับต่ำ (Solomon and Draine, 1995 อ้างใน ชมมากรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากผู้ดูแลขาดทักษะด้านการสื่อสารและการแก้ปัญหาทำให้แสดงการสื่อสารในทางลบต่อกันในครอบครัว (Folloon et al., 1982 cited in Brooker, 1990) ซึ่งหากปล่อยให้ผู้ดูแลแสดงออกทางอารมณ์สูง โดยไม่ให้การช่วยเหลือ ก็จะส่งผลกระทบต่ออาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Brown and Birley (1985) ซึ่งพบว่าลักษณะสิ่งแวดล้อมในครอบครัว เช่น การมีปฏิสัมพันธ์เชิงลบต่อกันในครอบครัว การที่ผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหรือมีการเผชิญหน้ากันบ่อย ๆ จะส่งผลกระทบต่ออาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งการศึกษาของ Marom et al. (2005) ที่พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูงของครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามมาได้

จากการทบทวนปัจจัยด้านผู้ดูแลที่ส่งผลต่อการป่วยซ้ำดังกล่าว จึงเห็นได้ว่าการรับรู้ภาวะการดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญด้านผู้ดูแล ที่ส่งผลกระทบต่ออาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจากการพิจารณาถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะการดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้ว จึงเห็นได้ว่าทั้งการรับรู้ภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีสาเหตุคล้ายคลึงกันคือเกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและวิธีการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งไม่สามารถแก้ไขปัญหาและจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ ใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการสนับสนุน การประคับประคองด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม และขาดทักษะด้านการสื่อสารและการแก้ปัญหา ทำให้แสดงการสื่อสารในทางลบต่อกัน

ดังนั้น รูปแบบการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทลดการป่วยซ้ำ จึงจำเป็นต้องจัดกระทำกับต่อสาเหตุที่ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงภาระจากการดูแล และแสดงออกทางอารมณ์สูง ทั้งนี้ ทัศนาศูนย์ทอง (2543) ได้กล่าวถึงทิศทางการศึกษาการปฏิรูประบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคตว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพแบบองค์รวมนั้น นอกจากบุคคลจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแล้ว ต้องมีสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพทั้งทางด้านกายภาพ ชีวภาพ และสังคม ซึ่งครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมของผู้ป่วย จึงต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง และพึงพาตนเองให้มากที่สุด อีกทั้งควรให้การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดการป่วยซ้ำจึงต้องจำเป็นต้อง เป็นรูปแบบที่ให้ผู้ป่วยจิตเภทและ

ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และเป็นรูปแบบที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางการดูแลตนเองเพื่อลดภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูง

แม้ว่าระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน จะมุ่งเน้นการดูแลในครอบครัวและชุมชน โดยมีบริการสาธารณสุขในระดับชุมชนที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน แต่เนื่องจาก ยังพบว่าหน่วยบริการสาธารณสุขมีบุคลากรจำกัด และบุคลากรมีภาระงานล้นมือ จึงพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนยังมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลยังไม่มีความรู้ความเข้าใจอย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2551) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ประเทศไทยมีการนำผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การใช้โปรแกรมบำบัดครอบครัว การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการดูแลแบบองค์รวม เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ดูแลลดภาระจากการดูแล ซึ่งพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมหักล้างช่วยส่งผลต่อการลดการรับรู้ภาระการดูแลได้ แต่ก็ยังไม่พบว่าประเทศไทยมีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ครอบคลุมทั้งการลดภาระการดูแลและลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง ดังนั้นความต้องการให้ผู้ดูแลลดภาระการดูแลและลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง จึงยังไม่เป็นรูปธรรม

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) เป็นรูปแบบการให้ความรู้แบบประคับประคอง ที่เน้นให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (partnership) ซึ่งจะช่วยสร้างความร่วมมือที่ดีกับผู้ดูแล ลดบรรยากาศที่ไม่น่าอยู่ในครอบครัว ส่งเสริมความสามารถของญาติในการแก้ปัญหา ลดความโกรธ และความรู้สึกลึกซึ้งในครอบครัว ให้ครอบครัวมีความคาดหวังต่อผู้ป่วยอย่างสมเหตุสมผล และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เอื้อต่อการรักษาและการฟื้นฟูผู้ป่วย ซึ่งพบว่า Donley (1911) เริ่มใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) หลังจากนั้นพบว่ามีพัฒนาการรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษามาใช้อย่างต่อเนื่อง ซึ่ง Anderson et al. (1980,1986) เป็นผู้พัฒนารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวให้มีมาตรฐาน ซึ่งเน้นที่สังคมรอบข้างเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือ ให้มีความรู้ความเข้าใจในโรคจิตเภทและตัวผู้ป่วย โดยไม่คาดหวังที่เกินความเป็นจริง เข้าใจถึงผลลัพธ์จากการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ช่วยลดภาระการดูแล และลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อันจะส่งผลให้การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวถือเป็นรูปแบบการช่วยเหลือครอบครัวเพื่อลดภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ (นวนันท์ปิยะวัฒน์กุล, 2552) เห็นได้จากการศึกษาของต่างประเทศ ดังเช่น ผลการทบทวนวรรณกรรมของ

McFarlane et al. (2003) พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของ การให้สุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวย จำนวนมากกว่า 30 เรื่อง ที่แสดงให้เห็นว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวย ช่วยให้ ผู้ป่วยจิตเภทฟื้นฟูสภาพได้ดีขึ้น และช่วยให้ครอบครัวมีความรู้สึกดีต่อกัน ซึ่งจะช่วยสร้าง ความร่วมมือที่ดีกับผู้ดูแล ลดบรรยากาศที่ไม่น่าอยู่ในครอบครัวย จึงทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ ภาระจากการดูแลลดลง (Kausar and Nasr, 2009) และส่งผลให้ผู้ดูแลแสดงออกทางอารมณ์ใน ลักษณะ HEE ลดลง (Falloon et al., 1982; Leff et and Vaughn, 1981; Moxon and Ronan, 2008; Karamlou, Mazahaeri, and Mottaghipour, 2010) และพบว่า González et al. (2010) ที่มีความ สนใจศึกษาถึงประสิทธิผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยต่อภาระการดูแลและการ แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอกในประเทศสเปน

สำหรับการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่ามีนำสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยมา ให้การพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังการศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน ซึ่งศึกษาใน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกครอบครัวย โดยให้ สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายครอบครัวย ผลการศึกษาพบว่า หลังจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาครอบครัวยแล้วผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาระการดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ .01 ทั้งนี้ จากข้อมูลการทบทวน วรรณกรรมข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า นอกจากผู้ดูแลจะเกิดการรับรู้ภาระการดูแลแล้ว ยังพบว่า ผู้ดูแลจะแสดงออกทางอารมณ์สูงร่วมด้วย ซึ่ง Anderson et al. (1980,1986) ได้เสนอว่าในการนำ รูปแบบสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยมาใช้ สามารถประยุกต์เนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายได้ ซึ่งพบว่า วิธีการให้ความรู้ตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวย ที่ จิราพร รักการ (2549) พัฒนาขึ้น ตามแนวคิด ของ Anderson et al. (1980,1986) นั้น ยังไม่มีการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวยที่ เฉพาะต่อผู้ดูแลที่แสดงออกทางอารมณ์สูง และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการใช้ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวย Jewell (2009) พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบกลุ่ม จะทำให้ครอบครัวยได้ทำความเข้าใจโรคจิตเภทและผู้ป่วยที่ตนดูแลมากขึ้น เพราะการให้สุขภาพจิต ศึกษาในรูปแบบกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มซึ่งมาจากต่างครอบครัวย ได้มีโอกาสเรียนรู้ในเรื่องโรค และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน อีกทั้งมีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกัน และกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับการประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ ส่งผลต่อการลดภาระการ ดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงได้ดีกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายครอบครัวย ซึ่งก็ ไม่พบว่าประเทศไทยมีการนำรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยแบบกลุ่ม มาศึกษาถึง ประสิทธิภาพต่อการลดภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูง เช่นเดียวกัน

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวช จึงมีความสนใจนำรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวยุคใหม่ มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลและการ แสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลจิตเภทลดการป่วยซ้ำ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุคใหม่ ของ จิราพร รักรการ (2549) ตาม แนวคิด Anderson et al. (1980,1986) โดยปรับ 1) เนื้อหากิจกรรมการให้ครอบครัว เหมาะสมต่อ การช่วยลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล และ 2) รูปแบบการดำเนินกิจกรรมจากการให้ สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายครอบครัว ปรับเป็น การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุคใหม่ เพื่อให้ ผู้ดูแล ได้รับการประคับประคองจิตใจจากสมาชิกกลุ่ม ทั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีการพัฒนาการ กลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ จันรรจ์ พงศ์ไพรินทร์ และ จิตติวัฒน์ ธรรมไพโรจน์ (2552) พบว่าหากนำกระบวนการกลุ่ม 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะสร้าง สัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ตามแนวคิดของ Marram (1978) มาใช้ จะเพิ่มประสิทธิผลในการลดภาระการดูแลได้ โดยผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมดังกล่าวจะช่วย ให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเกิดความร่วมมือในการดูแลรักษาซึ่งจะช่วยลดการรับรู้ภาระและการ แสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน รวมทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็น ซ้ำและต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุคใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุคใหม่และกลุ่มที่ ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การที่ผู้ดูแลในครอบครัวยุคใหม่ของผู้ป่วยจิตเภทต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน อย่างยาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ภาระจากการดูแลผู้ป่วย ทั้งภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิง ปรนัย (Montgomery, Stull, and Bogatta,1985) นอกจากนี้ยังพบว่าหากพฤติกรรมของผู้ป่วย จิตเภทไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ดูแล ผู้ดูแลจะแสดงออกทางอารมณ์สูง (High Expressed Emotion: HEE) ซึ่ง ตามแนวคิดของ Left and Vaughn (1981) ได้อธิบายว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มี

การแสดงออกทางอารมณ์สูง จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ถึงการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลได้ ใน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก (High level of intrusiveness) 2) การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A highly emotional response to patient's illness) 3) การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A negative attitude toward the patient's illness) และ 4) การมีความอดทนต่ำร่วมกับการมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วย (A low level of tolerance and high expectations of client) โดยสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งไม่สามารถแก้ไขปัญหาและจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ (Marsh and Johnson, 1997) นอกจากนี้ยังเกิดจากการขาดการสนับสนุน ปรึกษาประคองด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม (ครุณี คชพรหม, 2543; Magliano et al., 1998) สำหรับสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง นั้นก็คล้ายคลึงกับสาเหตุของการเกิดภาวะการดูแล คือ เกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแล (Weisman et al., 1998; Holly, 2007) ขาดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Karanci and Indialar, 2002) และยังขาดทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหา (Folloon et al., 1981 cited in Brooker, 1990) จึงมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Brown and Birley, 1972)

ซึ่งการที่ผู้ดูแลแสดงออกทางอารมณ์สูงจะเป็นสิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ดูแลและทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ดูแล มีความเครียดสูง จนเกิดการป่วยซ้ำและกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามมาได้ (Butzlaff and Hooley, 1998; Marom, et al., 2005) ดังนั้น พยาบาลจิตเวชจึงจำเป็นต้องหาวิธีการที่จะช่วยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนรวมในการเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ภาวะการดูแลและมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงลดลง นำไปสู่การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยเฉพาะการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม (Family Group Psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson et al., (1980,1986) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลได้ เนื่องจากเป็นรูปแบบการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว (joining) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skill) และการค้นหา

แหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดการรับรู้ถึงความเคียดแค้นหรือภาระจากการดูแล และยังช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะที่จะใช้คำพูด นำเสียงในการแสดงออกถึงความไม่พอใจหรือขุ่นเคือง หรือไม่เห็นชอบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ลดการแสดง ความหวัง ความกังวลที่มากเกินไป และ ลดความรู้สึกที่ไม่เป็นมิตรกับผู้ป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง ทั้ง 2 ลักษณะตามแนวคิดของ Left and Vaughn (1981) ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Emotion Over Involvement) รวมถึงการแสดงความเป็นมิตร (Hostility) และ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดการรับรู้ที่ผู้ดูแลแสดงออกทางอารมณ์สูงได้

จึงเห็นได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการจัดการกับการรับรู้ภาระและการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม (Family group psychoeducation program) เนื่องจากการให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบกลุ่มจะทำให้สมาชิกกลุ่มซึ่งมาจากต่างครอบครัว ได้มีโอกาสเรียนรู้ในเรื่องโรค และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน อีกทั้งมีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ลดความเครียดจากการดูแล และความเครียดในชีวิตประจำวัน อีกทั้งยังช่วยสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือกัน ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการจัดการกับการรับรู้ภาระและการแสดงออกทางอารมณ์สูง ได้ดีกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคล (จันรรจ์ พงศ์ไพรินทร์ และ จิตติวัลค์ ธรรมไพโรจน์, 2552, Lincoln, 2007 อ้างใน พิเศษฐ อุคมนตรี, 2552; Jewell, 2009) โดยนำแนวคิดพัฒนาการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ ซึ่งมีกระบวนการดำเนินกลุ่ม 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาการดำเนินกิจกรรมจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ จิราพร รักการ (2549) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980,1986) โดยมีการปรับปรุงกิจกรรมใน 3 ส่วนที่สำคัญ คือ ส่วนที่ 1 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ ได้เพิ่มเติมเนื้อหาโดยให้ครอบครัวได้ ทำความเข้าใจสัมพันธภาพในครอบครัวตน เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา คั้งนี้ เป็นผู้ดูแลที่ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ได้ว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งหากสมาชิกร่วมประเมินลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัว จะทำให้ครอบครัวได้ทบทวนลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัวตน จึงเกิดการรับรู้ มีความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนที่ 2 ได้รวมกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและ

การรักษา และกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เข้าด้วยกัน และ ปรับเป็นกิจกรรมการพัฒนาความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล เนื่องจากเนื้อหาดังกล่าวบางส่วนจะมีลักษณะเป็นการให้ข้อมูลเหมือนกัน และในการฝึกทักษะการดูแลหากมีการดำเนินการต่อเนื่องไปเลยหลังจากการให้ความรู้ ย่อมจะทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากขึ้น สำหรับการปรับปรุง ส่วนที่ 3 ผู้วิจัยได้เพิ่มกิจกรรมในโปรแกรม 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม เนื่องจากตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980,1986) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีการตอบสนองทางอารมณ์ ได้หลายลักษณะ ได้แก่ เกิดความวิตกกังวล กลัว รู้สึกผิด ไม่สมหวัง โกรธ และเศร้าใจ ซึ่งจะนำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์สูงได้ ดังนั้น ผู้ดูแลจึงควรมีทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลอย่างสมดุลโดยไม่มากหรือน้อยเกินไป สามารถควบคุมให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมเพื่อลดการต่อต้านจากผู้ป่วย และ 2) เพิ่มกิจกรรม ประเมินผล ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมในครั้งสุดท้าย

ดังนั้นในโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใหม่นี้ ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง แก่ครอบครัวเป็นรายกลุ่ม จำนวน 4 กลุ่ม ๆ ละ 4 ครอบครัว โดยแต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกครอบครัว อย่างละ 1 คน เนื่องจาก Anderson et al. (1980,1986) เสนอว่าการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ควรมีการนำครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการดูแล โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ จริงใจยินดีที่จะช่วยเหลือ ช่วยให้การครอบครัวทำความเข้าใจลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัวตน เปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริงของตนที่มีต่อครอบครัว เรียนรู้วิธีสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว และแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกกับสมาชิกกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกเข้าใจกันและกันมากขึ้น ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและเปิดเผยเรื่องราวของตน เข้าใจวัตถุประสงค์ของการช่วยเหลือ ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552) ซึ่งนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยวทำให้ความรู้สึกเป็นภาระด้านอึดอัดและปรนัยลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2545; จิราพร รักการ, 2549)

2) การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล ซึ่ง Anderson et al. (1980,1986) ได้ศึกษาพบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไปมักไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและการวินิจฉัยและผลกระทบจากความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว แต่จะมีการให้การ

ดูแลกันตามความเชื่อที่ผิด ๆ ไม่มีเหตุผลในการปฏิบัติดูแล จึงต้องให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การดูแลรักษา อาการข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการนำ อาการเตือน และวิธีการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว เข้าใจปัญหาการเจ็บป่วย รับรู้ข้อจำกัดของโรคจิตเภท มีความคาดหวังช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่มีความหวังบนพื้นฐานความเป็นจริง นอกจากนี้ผู้ศึกษาจะยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตัวให้อาการดีขึ้นและครอบครัวมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลทั้งเชิงอัตนัยและปรนัยลดลง (จิราพร รักการ, 2549; Kausar and Nasr, 2009) และผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจึงส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์สูงลดลงได้ (Moxon and Ronan, 2008)

3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม จากการศึกษาที่ Anderson et al. (1980,1986) ได้กล่าวไว้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรแสดงออกทางอารมณ์อย่างสมดุล โดยไม่มากหรือน้อยเกินไป และทำความเข้าใจข้อจำกัดในการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงจัดให้ครอบครัวทำความเข้าใจผลเสียจากการแสดงออกทางอารมณ์สูง เรียนรู้ทักษะในการจัดการกับอารมณ์ ข้อจำกัดในการแสดงออกทางอารมณ์ และฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ยกตัวอย่างสถานการณ์ที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม และให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันหารูปแบบการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะที่จะใช้คำพูด น้ำเสียง ในการแสดงออกถึงความไม่พอใจหรือขุ่นเคือง หรือไม่เห็นชอบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ลดการแสดงความหวัง ความกังวลที่มากเกินไป และ ลดความรู้สึกที่ไม่เป็นมิตรกับผู้ป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง ตามแนวคิดของ Left and Vaughn (1981) ได้ และช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ นภากรณี พึ่งเกษมสุนทร (2553) ซึ่งพบว่าเมื่อครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ได้เรียนรู้วิธีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้

4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียด สาเหตุ อาการและสาเหตุวิธีการจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้วิธีการในการจัดการกับความเครียดนั้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen and Will, 1985 อ้างใน ทิปประพิณ สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลคลายความเครียดลงจึงช่วยลดภาระการ

ดูแลเชิงอัตนัย (จิราพร รักการ, 2549; นภาพรณั พึ่งเกษสุนทร, 2553) และลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Holly, 2007)

5) การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำแนวคิดของ Anderson et al. (1980,1986) มาใช้โดยให้ครอบครัวทำความเข้าใจผลเสียของการสื่อสารทางลบ เรียนรู้และฝึกทักษะการวิธีการสื่อสารทางบวก ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของคนอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kausar and Nasr (2009) ซึ่งพบว่าการเสริมทักษะด้านการสื่อสารแก่ผู้ดูแลช่วยลดการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ นอกจากนี้ นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล (2552) ยังกล่าวไว้ว่าการสร้างเครือข่ายทางสังคมจะช่วยทำให้เกิดการช่วยเหลือกันในกลุ่ม ซึ่งจะส่งผลต่อการประคับประคองจิตใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์ ดังนั้นจึงช่วยลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงได้

6) กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา ซึ่งเป็นกิจกรรมในระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยจะกระตุ้นให้สมาชิกได้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเองว่าได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมไปปฏิบัติในครอบครัวและชุมชนอย่างไร ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยแลกเปลี่ยนกับสมาชิกกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีการช่วยเหลือกันในกลุ่ม (Jewell, 2009) นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะประเมินผลภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรม

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ภาระในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

2. ภาระในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental research) เป็นการศึกษาแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษาคือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วย ผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยจิตเภท
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน แต่เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980,1986) ที่เน้นการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการดูแล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำสมาชิกครอบครัว 1 คนและผู้ป่วยจิตเภท 1 คนที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลดังกล่าวเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม
3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย
 - ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม
 - ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาระการดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวคนใดคนหนึ่งที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึงบุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F. 20) และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว และมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน

สมาชิกในครอบครัว หมายถึงบุคคลที่ดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชนอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในปัจจุบัน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ภาระการดูแล หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่แสดงถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 มิติ คือ

1. ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์จากการดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง ความรู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย

2. ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนิน การเปลี่ยนแปลง ของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมทางสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ

สามารถประเมินภาระการดูแลได้โดยใช้แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ จิราพร รักษการ (2549) ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) โดยมีการประเมินภาระการดูแลทั้ง ภาระการดูแลเชิงอัตนัย และภาระการดูแลเชิงปรนัย

การดูแลตามปกติ หมายถึงกิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ ของโรงพยาบาล บางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ที่จัดให้ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การแสดงออกทางอารมณ์สูง (High Expressed Emotion: HEE) หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากกว่าปกติต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยแสดงออกทั้งทางภาษาพูด หรือ ภาษาท่าทาง ทั้งนี้เพื่อสื่อถึงอารมณ์ หรือทัศนคติที่ตนมีต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย การแสดงออกทางอารมณ์ 4 ลักษณะ ได้แก่

1. การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก (High level of intrusiveness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลมีความพยายามที่จะเข้าไปก้าวก่ายในชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย โดยจะถามบ่อยครั้ง และซ้ำ ๆ เพื่อต้องการรู้เรื่องราวของผู้ป่วยทุกเรื่อง หรือพยายามบอกเชิงตำหนิและตรวจตราให้ผู้ป่วยทำในสิ่งตนต้องการ

2. การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A highly emotional response to patient's illness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองที่มีต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทได้ และมีการแสดงอารมณ์ในลักษณะต่างๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจ เช่น การแสดงความโกรธ ความเครียด ขาดความอดทนและตำหนิ เป็นต้น

3. มีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A negative attitude toward the patient's illness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลมีความคิด เคลือบแคลง หรือ สงสัย ต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึง ตำหนิผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะต่างๆ เช่น สงสัยว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยจริงหรือไม่ หรือตำหนิว่าผู้ป่วยเป็นต้นเหตุแห่งการเจ็บป่วย เป็นต้น

4. มีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท (A low level of tolerance and high expectations of client) หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีขีดจำกัดในการอดทนกับพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือการสูญเสียความสามารถทางสังคม ของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการมีความคาดหวัง อย่างเกินความเป็นจริงว่า ผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ดีเท่ากับบุคคลทั่วไป

ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้เครื่องมือวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ (The Level of Expressed Emotion:LEE) ของ Cold and Kazarian (1988) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Left and Vaughn (1981) ผ่านการแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบการแปล ด้วยวิธี Black Translation จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ข้อคำถามมีลักษณะ ให้เลือกตอบ 1 คำตอบ จากข้อคำถามที่ประกอบด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ 4 ลักษณะๆ ละ 15 ข้อ รวม 60 ข้อ ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง คือ ผู้ดูแลที่ผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ประเมินให้มีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ มากกว่า 8 คะแนน

การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อพัฒนาความรู้และฝึกทักษะการดูแลแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัวโดยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980,1986) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้น ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skill) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับใช้กระบวนการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) โดยมีการดำเนินการ 6 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆละ 60-90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ หมายถึงกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ดังนี้

ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยผู้วิจัยจะแนะนำตัว พูดคุยเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ทั่วไปแจ้งวัตถุประสงค์ของการช่วยเหลือที่เน้นการให้ความรู้ของโรคจิตเภทตามความเป็นจริง

ระยะดำเนินการ โดยผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละครอบครัวร่วมกันประเมินสัมพันธ์ภาพในครอบครัวตามความเป็นจริง พูดคุยเกี่ยวกับ ลักษณะ ความสำคัญ และ วิธีการสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว อีกทั้ง สร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ดูแล

เข้าใจผลกระทบจากการเกิดการรับรู้ภาวะการดูแล และมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม สรุปความสำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และความสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการทำบทบาทการดูแลอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล หมายถึงกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและมีทักษะในการดูแล ดังนี้

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมทักทายกัน ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว เรื่องโรคจิตเภท การดูแลรักษา อาการข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการนำอาการเตือน และวิธีการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การเรียนรู้จากใบงานและแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาดังกล่าว

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปความรู้และทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแนะนำให้สมาชิกกลุ่มได้นำความรู้ดังกล่าวไปฝึกใช้ในชุมชน

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว มีทักษะในการจัดการกับอารมณ์และแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัย และสมาชิกกลุ่มร่วมทักทายกัน ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยแจ้งระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล บอกความหมาย ลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์สูง ให้สมาชิกร่วมกันทบทวนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ที่เกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบเกิดขึ้น วิธีการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยร่วมให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เป็นระยะๆ

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว มีทักษะในการจัดการกับความเครียด และสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัย ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว ทักทายกันในเรื่องทั่วๆไป

ระยะดำเนินการ โดยผู้วิจัยให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง และเปิดโอกาสให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์การเผชิญความเครียดโดยบอกถึงสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้น และวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยให้ความรู้และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยสาธิตวิธีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ให้สมาชิกสาธิตย้อนกลับ

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด และการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัวเข้าใจวิธีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ และทราบถึงแหล่งช่วยเหลือแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัย ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว ทักทายกันในเรื่องทั่วๆไป

ระยะดำเนินการ โดยผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มศึกษาศาสนาการณ์จำลองจากใบงานการสื่อสารทางลบ และร่วมกันแสดงความคิดเห็นจากสถานการณ์ดังกล่าว แล้วให้สมาชิกฝึกทักษะการสื่อสารทางบวก จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับ แหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชน และแนะนำให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักกับเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยผู้วิจัยสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการสื่อสารทางบวก และและการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา หมายถึงกิจกรรมในระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รู้และทักษะจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ไปใช้

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมทักทายกัน

ระยะดำเนินการ โดยผู้วิจัยจะให้สมาชิกได้ทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม สมาชิกร่วมกันมองจุดเด่นที่แต่ละครอบครัวนำความรู้และทักษะที่ได้นำไปประยุกต์ใช้ รวมถึงการประเมินผลการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปการทำกลุ่มครั้งนี้ และกล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ปิดกลุ่ม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม ป้องกันปัญหาการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยในการค้นหารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว และขยายผลไปยังผู้ป่วยจิตเภทระยะอื่นๆ ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่อภาระในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญ ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับ โรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด โรคจิตเภท
 - 1.3 อาการทางคลินิก
 - 1.4 การดำเนิน โรค
 - 1.5 การพยากรณ์โรค
 - 1.6 การรักษาโรคจิตเภท
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.1 ความหมายของครอบครัว
 - 2.2 ผู้ดูแลในครอบครัว
 - 2.3 สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.4 ผลกระทบของครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ภาระในการดูแล
 - 3.1 ความหมายภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล
 - 3.3 การประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. การแสดงออกทางอารมณ์สูง
 - 4.1 ความหมายการแสดงออกทางอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์สูง
 - 4.2 สาเหตุของการแสดงออกทางอารมณ์สูง
 - 4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์
 - 4.4 การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์

4.5 แนวทางการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

5. การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

5.1 ประวัติการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

5.2 ความหมายของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

5.3 วัตถุประสงค์การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

5.4 หลักสำคัญของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

5.5 ชนิดของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

5.6 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

5.7 แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978)

6. โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการแสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมอง ด้านการรับรู้ ด้านสติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสารและการขาดแรงจูงใจ โดยอาการแสดงมักจะปรากฏครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมักจะเกิดอยู่นานอย่างน้อย 6 เดือน (WHO, 1992)

ตามความหมายของ ICD 10 ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไป เป็นผู้มีความผิดปกติด้านความคิด มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือที่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเซาว์ปัญญามักคืออยู่ โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกายหรือสมอง (เกษม ดันติผลาชีวะ , 2536)

Sadock and Sadock (2007) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งทางด้าน ความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ส่งผลให้มีความบกพร่องในการหน้าที่

สรุปได้ว่า โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกายและโรคทางสมอง

1.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท

โรคจิตเภทสันนิษฐานว่าเกิดจากสาเหตุหลายอย่างร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทดังนี้

1.2.1 กรรมพันธุ์ การศึกษาพันธุกรรมของโรคจิตเภทพบว่า การศึกษาพันธุกรรมของโรคจิตเภทพบว่า ญาติสนิท (บิดา มารดา พี่น้อง บุตร) มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้นี้ได้ ร้อยละ 5-10 การศึกษาในกลุ่มแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนจะเป็นด้วย ร้อยละ 70-90 ส่วนคู่ที่เกิดจากไข่คนละใบ มีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ด้วยร้อยละ 14 และลูกที่ทั้งบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท มีความเสี่ยงถึงร้อยละ 46 ต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท

1.2.2 ปัจจัยทางชีววิทยา เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีในสมอง (neurochemical disturbance) โดยเชื่อว่าสารโดปามีนหลั่งออกมามากในสมอง ทำให้เกิดอาการทางจิต โดยได้ศึกษาพบว่าสารแอมเฟตามีน ทำให้เพิ่มการหลั่งของโดปามีนมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิต ในขณะที่ยาต้านโรคจิตเช่น ยา Haloperidol Chlorpromazine มีผลยับยั้งการจับกันของสารโดปามีนจึงทำให้อาการทางจิตลดลง (Kaplan and Sadock, 1998) นอกจากนี้ยังพบว่าสารสื่อประสาทในสมองหลายตัวเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท เช่น นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ซีโรโตนิน (Serotonin) อะเซททริลโคลีน (Acetylcholine) มีข้อสันนิษฐานว่าโนโรคจิตเภทจะพบความผิดปกติของ Serotonin จึงผลิตยา Clozapine และ Risperidone ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ Serotonin Receptors (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544)

1.2.3 ปัจจัยทางสรีรวิทยา ความผิดปกติทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางเนื้อเยื่อ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในสมองผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตแล้วพบว่ามียาลักษณะคล้ายการติดเชื้อบางชนิด เช่น เชื้อหุ้มสมองอักเสบจากการติดเชื้อไวรัส

1.2.4 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factor) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของ Ego และความเครียดทางจิตใจ นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้

1.2.5 ปัจจัยด้านครอบครัว จากการศึกษาพบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งกับสัมพันธ์ภาพในชีวิตคู่ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความสับสนทางจิตใจ

1.2.6 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม มีการศึกษาพบว่าภาวะทางสังคมเศรษฐกิจ เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต อาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทได้ โยบุคคลที่มีภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจสูง (Sadock and Sadock, 2000)

1.2.7 ปัจจัยอื่นๆ โดยเชื่อว่าอย่างน้อยร้อยละ 20-30 ของการเกิดโรคจิตเภท เกิดจากปัจจัยอื่นๆ เช่นภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์หรือขณะคลอด เช่นการขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ ภาวะคลอดก่อนกำหนด (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552)

1.3 อาการทางคลินิก

ลักษณะอาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546) ดังต่อไปนี้

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด ความรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการ ดังนี้

1.3.1.1 อาการหลงผิด (delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ persecutory delusion และ delusion of reference ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบบ้าง เช่น somatic delusion และ grandiose delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดซึ่งมีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจ

1.3.1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่นๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนที่พบบ้าง เช่น tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ auditory hallucination

1.3.1.3 Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านการพูดและสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมาจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.1.4 Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนจู่ๆก็ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

1.3.2.1 Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

1.3.2.2 Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก

1.3.2.3 Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

1.3.2.4 Associativity เก็บตัว เฉยๆไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

1.4 การดำเนินโรค การดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน จากการศึกษาพบว่า ก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดอาการกำเริบมักมีอาการนำมาก่อน เป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี และอยู่ไม่สุข เป็นต้น

1.4.2 ระยะแสดงอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรือมีอาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ คือ อาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงเป็นพักๆ จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมาพร้อมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา

1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จะมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลง

มากกว่า แต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) จะลดความรุนแรงลง ในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) จะมีมากขึ้น เช่น อารมณ์เฉยเมย แยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆได้ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ จะเกิดระหว่าง 5 ปีแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง มีปัญหาการดำรงชีวิต เกิดความเครียด ได้ง่าย บางครั้งจะมีอาการซึมเศร้า เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม

1.5 การพยากรณ์โรค โรคจิตเภทมีผลลัพท์ของการรักษาที่แตกต่างกันตั้งแต่การฟื้นตัว กลับมาอย่างสมบูรณ์ ไปจนถึงความเรื้อรังของอาการของโรคและภาวะทุพพลภาพ ที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ ซึ่งการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยจิตเภทจะดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง คืออายุที่เริ่มเป็น ถ้าเริ่มเป็นที่อายุน้อยการพยากรณ์โรคยิ่งไม่ดี ผู้ป่วยที่อาการอย่างเฉียบพลันมีพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพเดิมไม่ดี มีการปรับตัวด้านสังคม การเรียน และการทำงานไม่ดีมาก่อนมักมีการพยากรณ์โรคไม่ดี และผู้ป่วยที่มีครอบครัวลักษณะเกือหนุนช่วยให้การพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่มีญาติขาดมิตร นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่อยู่กับผู้ดูแลที่แสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีอาการกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าอยู่กับผู้ดูแลที่แสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (Brown and Birley, 1985)

1.6 การรักษาโรคจิตเภท เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง มีช่วงป่วยซ้ำหรือช่วงกำเริบเฉียบพลันเป็นระยะกลุยุทธ์ในการรักษาควรเป็นแบบบูรณาการ ดังนี้

1.6.1 การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) ยารักษาโรคจิตเภทจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับ โดปามีนในสมองทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะกลุ่มอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปากคอแห้งกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ถ้าลดยาไปด้านใดด้านหนึ่ง จึงต้องระมัดระวังในการใช้ยากับผู้ป่วยแต่ละราย

1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำจำนวนหนึ่งผ่านสมอง จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดวิธีหนึ่งในการรักษาอาการโรคจิตที่ต้องการผลการรักษาแบบเร่งด่วน ซึ่งพบว่ามีการรักษาด้วย ECT ในผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชถึงร้อยละ

1.6.3 การรักษาด้วยจิตสังคม การรักษาจิตสังคมประกอบด้วย

1.6.3.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการรักษาโดยใช้วิธีการของจิตบำบัดประคับประคอง โดยผู้รักษาดำเนินการตามที่เป็นจริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ มุ่งเน้นเฉพาะจุดของปัญหา และทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้รับการบำบัด สามารถทำได้ ทั้งเป็นรายกลุ่ม และรายบุคคล โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม มีประสิทธิภาพและได้ผลดีกว่า การรักษาแบบจิตบำบัดแบบรายบุคคล เนื่องจากจิตบำบัดกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการ เข้าสังคมเพิ่มขึ้น มีแนวโน้มช่วยลดความวิตกกังวล (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2552)

1.6.3.2 การเข้าช่วยเหลือครอบครัว (family intervention) เนื่องจากมีการศึกษาถึงการแสดงออกทางอารมณ์ของคนในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการแสดงออก ในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์เชิงติเตียน ความไม่เป็นมิตร และความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป และอารมณ์ความรู้สึกรุนแรง มีผลต่อการกำเริบของโรค การเข้าช่วยเหลือครอบครัวจึงเป็นการ ช่วยให้มีการลดการแสดงออกทางอารมณ์ และส่งเสริมปฏิสัมพันธ์เชิงประคับประคอง เพื่อลด ความเสี่ยงต่อการกำเริบ และญาติรู้สึกถึงภาระของโรคน้อยลง (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2552)

1.6.3.3 กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) เป็นการบำบัดผู้ที่มี ปัญหาทางจิต เพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและ ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith et al., 1989) เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด

1.6.3.4 นิเวศน์บำบัด (Mileu Therapy) เป็นการจัดสภาพบรรยากาศเพื่อ การบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่น ในตนเองของผู้ป่วย

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.7.1 หลักการพยาบาลทั่วไป

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีลักษณะตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม การพูดยาวทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือนและทำให้เกิด การตีความหมายสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น และสิ่งสำคัญคือ เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ใน ความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ โดยทั่วไปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย (สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2547)

1.7.1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านสุขอนามัยของตนเอง

1.7.1.2 การพยาบาลด้านความคิด สิ่งให้ผู้ให้การพยาบาลควรทำคือ การหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านสุขอนามัยของตนเอง

1.7.1.2.1 การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหลายๆความคิดของผู้ป่วยถูกถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ ดังนั้น สิ่งแรกที่พยาบาลจะต้องทำเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือการหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ พยาบาลฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ กับผู้ป่วย

1.7.1.2.2 การส่งเสริมให้ความจริงแก่ผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น เห็นภาพขณะที่ยาพยาบาลไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็นขณะเดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้นเป็นต้น

1.7.1.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าทีนิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ ไม่สบตาม อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยยิ้ม โดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.7.1.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภทการไม่สนใจกิจกรรมสังคมและการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าจะจะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยเดินอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น พยาบาลที่มีความตั้งใจดีอาจจะพยายามนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับคนอื่นๆ โดยที่ยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะทำอันตรายพยาบาลได้ด้วยความหวาดระแวงและการหลงผิด นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจจะมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ พฤติกรรมแปลกๆ

ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน และเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคมนกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางด้านสังคมพื้นฐานที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

1.7.2 การใช้กระบวนการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) ดังนี้

1.7.2.1 การประเมินสภาพปัญหา

1.7.2.1.1 การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยปฏิเสธอาหารหรือไม่ ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อน ผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอหรือไม่ การพักผ่อน ผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอเพียงใด พยาบาลใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย

1.7.2.1.2 การประเมินด้านการคิด ผู้ป่วยมีความคิดปกติระดับใด มีอาการหลงผิดประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด

1.7.2.1.3 การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นตอนใด มีอาการไม่แน่ใจ มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1.7.2.1.4 พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง ระบายผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

1.7.2.1.5 ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อนอย่างเร่งรีบหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.7.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งสภาพทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม สัมพันธภาพ และอาการต่างๆ ไปที่ได้ทำในขั้นต้น โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาล จะสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภทนั้น มักเกี่ยวข้องกับอาการ positive symptoms ซึ่งได้แก่ อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด และอาการด้าน negative symptoms ได้แก่ อาการแยกตัว อาการความพร่องด้านสังคม ซึ่งภาวะแปรปรวนด้านความคิดและด้านสังคม จะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยด้านการหาความสัมพันธ์ของเหตุและผล ด้านการแก้ปัญหา ด้านการตัดสินใจ

1.7.2.3 การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลระยะสั้น เน้นหลักการดังนี้

1.7.2.3.1 การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก

โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆ ดังนี้

- การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

- การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อน และสุขอนามัยที่ดี

- การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

- การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจ และสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

- การพัฒนาการปรับตัว การมองตน และการมองโลกในแง่ดี

1.7.2.3.2 การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วย

- การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่างๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่บ้าน

- การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม

- การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน และหน่วยงานใกล้เคียง เช่น ศูนย์บริการสุขภาพจิตเขตต่างๆ

1.7.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล

ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้
เทคนิคการพยาบาลดังนี้

- 1.7.2.4.1 เสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ
 - 1.7.2.4.2 ลดความวิตกกังวลด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริม
- การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
- 1.7.2.4.3 รักษาสมดุลด้านชีววิทยา
 - 1.7.2.4.4 ใช้ความคงเส้นคงวา และชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร
 - 1.7.2.4.5 ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
 - 1.7.2.4.6 นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรม
- บำบัดที่เหมาะสม
- 1.7.2.4.7 ระวังระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่
- ข้างเคียง ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง
- 1.7.2.5 การประเมินผล
- ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลนำเข้า
ข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินผล ผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้
- 1.7.2.5.1 ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตราย และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น
- ในภาวะไม่รู้สึก
- 1.7.2.5.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัด
- ด้วยยาและการบำบัดทางชีวภาพ
- 1.7.2.5.3 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น
 - 1.7.2.5.4 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น
 - 1.7.2.5.5 ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับ
- บุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น
- 1.7.2.5.6 ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนใน
- ครอบครัวดีขึ้น
- 1.7.2.5.7 ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดและการ
รับรู้ ซึ่งมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ผู้ให้การ
พยาบาลจึงต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุกๆ ด้าน วินิจฉัย
ทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมินได้ วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลอย่าง
ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องมี

การประเมินผลทางการพยาบาล เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังการพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นในการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อยตามระยะเวลาที่ป่วย ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง แม้จะจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนแล้ว ก็ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ จึงจำเป็นต้องให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

การพยาบาลในชุมชนจะมีความแตกต่างจากการดูแลในโรงพยาบาล ตรงที่สามารถค้นหาแหล่งทรัพยากรซึ่งอาจซุกซ่อนอยู่ในชุมชนและยังไม่มีบทบาทอย่างชัดเจน เพื่อสร้างและสนับสนุนให้แหล่งทรัพยากรเหล่านั้นได้มีบทบาทอย่างเข้มแข็งมากขึ้นในการเป็นพันธมิตรด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งการใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนดังกล่าวนี้จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยซึ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ต้องถูกทอดทิ้งให้อยู่กับครอบครัวที่ไม่มีความพร้อม โดยไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง เพราะครอบครัวเหล่านี้มักจะได้รับผลกระทบด้านลบทางจิตใจและรับรู้ถึงความเป็นภาระจากการดูแล การดูแลในชุมชนจึงถือเป็นวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาระที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2549 อ้างใน ปาณิสรา เกษมสุข, 2551)

อรพรรณ คือบุญธวัชชัย (2545) ได้กล่าวถึงกิจกรรมที่พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ การประเมินสภาวะผู้รับบริการ การสร้างสัมพันธภาพกับชุมชน การพัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว สอนให้ความรู้ทางสุขภาพจิตการปรับตัว ทักษะชีวิต และการประกอบอาชีพ ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม การสนับสนุนให้กำลังใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ และการประเมินผล และปรับการดูแลเป็นระยะๆ

ดังนั้น ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นอกจากผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจในโรคจิตเภท และเข้าใจผู้ป่วยแล้ว ผู้ดูแลควรทักษะในการสร้างแรงจูงใจกับครอบครัว และชุมชนให้เห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม และช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ครอบครัวเป็นหน่วยแรกที่สำคัญของบุคคล ในการพัฒนาหล่อหลอมความเป็นบุคคลของแต่ละคน และครอบครัวยังเป็นหน่วยย่อยของสังคมที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อจากบุคลากรทางแพทย์

2.1 ความหมายของครอบครัว

ครอบครัว หมายถึงกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดย การเกิด การแต่งงาน หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรมและอาศัยอยู่ร่วมกัน (The United States Bureau of the Census , 1988)

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพากันทางสังคมเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือสายโลหิต (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537)

2.2 ผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลในครอบครัว คือสมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในแง่การช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการดูแลตัวเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบถ้วนทุกด้าน

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

Horowitz and Reinhard (1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

2.2.1 ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มากกว่าคนอื่นๆ

2.2.2 ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

สรุปได้ว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแล เฉพาะโรค

2.3 สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังที่มีความผิดปกติทั้งทางด้าน ความคิด อารมณ์ ประสาทรับรู้ และพฤติกรรม (Sadock and Sadock, 2007) ซึ่งมีการดำเนินโรคแย้ลงและต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน (Lon and Beer, 2002) ผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งแม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เพิ่มสิทธิประโยชน์แก่ผู้ป่วยจิตเภทโดยยกเลิกกรณีนอนพักรักษาไม่เกิน 15 วัน ให้เป็นไปตามเงื่อนไขผู้ป่วยปกติ แต่ก็ยังพบว่าการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวสามารถให้บริการผู้ป่วยจิตเภทได้รับบริการที่เหมาะสมในระดับหนึ่ง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554: 247) เมื่ออาการทุเลาผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่เมื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) ซึ่งจากข้อมูล การทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน มีสภาพปัญหาและความต้องการ ดังนี้

การรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องรับประทานยานานต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ โดยต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี และหากกำเริบซ้ำครั้งที่ 2 ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องอีก 5 ปี และหากเป็นซ้ำครั้งที่ 3 ต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทกลับไม่คิดว่าตนเองป่วย (poor insight) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทบางกลุ่มไม่รับประทานยาเลย หยุดรับประทานเมื่ออาการดีขึ้น หรือรับประทานไม่สม่ำเสมอ อาจเนื่องมาจากเบื่อหน่ายต่อการเจ็บป่วยจึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบได้บ่อย (กฤษณ์ชลิ เพียรทอง, 2547)

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุวิมล สมัตตะ (2541) พบว่าผู้ป่วยทุกคนยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันของตนเองได้มากน้อยต่างกัน พบว่าในระยะเวลาแรกผู้ป่วยมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ เนื่องจากได้รับการฝึกปฏิบัติหรือเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยมีความอิสระมักไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากครอบครัวเป็นภาระที่หนักใจของครอบครัว

การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและผู้อื่น ผู้ป่วยมักแยกตัวไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบอกรายมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่นจะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้เพียงหนึ่งหรือสองคนเท่านั้น และเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวมีความคาดหวังสูงว่า ผู้ป่วยน่าจะควบคุมอาการผิดปกติ

ต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ เพราะผู้ดูแลเข้าใจว่าโรคจิตเภทเกิดจากปัญหาภายในของผู้ป่วยเอง แต่เมื่อพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงรู้สึกโกรธ ขาดความอดทน ต่อปัญหาของผู้ป่วย ใช้วิธีที่ไม่เหมาะสม และไม่ยืดหยุ่นต่อผู้ป่วย (McDonagh, 2005) หรืออาจแสดงออกด้วยการพูดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงดั่งขึ้น เพื่อควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย (Hooley, 2007) ก่อให้เกิดความบกพร่องด้านการตอบสนองทางอารมณ์ของครอบครัว เป็นเหตุให้สมาชิกภายในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงต่อกัน (High Expressed Emotion: HEE) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาความคับข้องใจในครอบครัวไม่สามารถจัดการตามคำแนะนำที่ได้รับ

พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอาจเกิดอาการกำเริบได้ โดยอาการในช่วงกำเริบจะเป็นทั้งอาการทางบวกและทางลบสลับกันไปขึ้น ๆ ลง ๆ ทั้งนี้อาการทางบวกที่พบได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด และมีพฤติกรรมประหลาด ส่วนอาการทางลบ ได้แก่ พูดน้อย เฉื่อยชา ไม่ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน อาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และเมื่ออาการทุเลาผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่เมื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) หากผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่นได้ ทำให้ผู้ดูแลบางครอบครัวต้องตัดสินใจลี้ภัยไปหาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนนั้น มีทั้งผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ และผู้ป่วยที่มียังคงมีสภาพปัญหาเช่น เบื่อหน่ายความเจ็บป่วย จึงไม่ยอมรับประทานยา ขาดการดูแลตนเอง และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อย ผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง และส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงความเป็นภาระในการดูแล และส่งผลให้ผู้ดูแลแสดงออกทางอารมณ์สูงได้

2.4 ผลกระทบของครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง และยาวนาน จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้รับผลกระทบจากการดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้

2.4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ในระยะที่มีอาการกำเริบผู้ดูแลบางราย อาจต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เวลาสำหรับการดูแลตนเองและการพักผ่อนลดลง

2.4.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจต่างๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้

2.4.3 ผลกระทบด้านสังคม จากการที่ผู้ดูแลต้องรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่นๆ ลดลง

2.4.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลต้องขาดงาน (รัชนีกร อุปเสน, 2541; Thompson et al., 1993; Eakes, 1995)

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหา และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ และเกิดความรู้สึกยุ่งยากในการดูแล

3. การดูแล

3.1 ความหมายภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Thompson and Doll (1982) เห็นว่า ภาระของครอบครัวที่เกิดจากการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต หมายถึง ความเดือดร้อนทางด้านจิตใจความรู้สึกอาย ความรู้สึกขุ่นเคืองใจและรู้สึกว่าแยกรับภาระเกินตัวของสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น

Montgomery, Gonyea and Hooyman (1985) ได้ให้ความหมายของภาระของผู้ดูแลว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึง ความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแล โดยตรงถูกรบกวน และภาระการดูแลเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกเหมือนติดกับ

สรุปได้ว่า การรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่แสดงถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) และ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden)

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล

3.2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแล

3.2.1.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแล เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา มีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล Bull (1990)

3.2.1.2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shelves, 1986)

3.2.1.3 การศึกษา จะช่วยให้บุคคลมีข้อมูล และความเข้าใจ ในเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดี การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ รวมทั้งมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ และการเจ็บป่วย สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ ในการเผชิญและการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

3.2.1.4 รายได้ของครอบครัว มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

3.2.1.5 อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้รับรู้ภาระต่างกัน เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหา ผู้มีอายุมากกว่าจึงย่อมมีประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้ภาระน้อย (Montgomery et al., 1985)

3.2.1.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัวเพียง 1-2 คนจะมีภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัว 3-8 คน (Crotty and Kuly, 1986)

3.2.1.7 การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Crotty and Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุศึกษาแก่ผู้ดูแล สามารถช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหา (Montgomery et al., 1985)

3.2.1.8 กิจกรรมในการให้การดูแลผู้ป่วย หากผู้ดูแลต้องทำหน้าที่หลายอย่างแทนผู้ป่วย และต้องรับผิดชอบงานในครอบครัวด้วย ทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระมาก

3.2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วย

พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ พฤติกรรมที่น่ากลัวหรือแปลกประหลาดของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ใช้บ่งชี้ภาระของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยชนิดที่มีอาการทางบวก มีคะแนนภาระที่มีอยู่จริงต่ำกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางลบ (Maurin and Boyd, 1990 : Fadden, Bebbington, kuipers, 1987 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเจียว , 2543)

3.3 การประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแลซึ่งแตกต่าง เครื่องมือส่วนใหญ่อาศัยตัวบ่งชี้ภาระสองมิติ คือ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย (Miller et al., 1991) การประเมินในลักษณะนี้ จะใช้คะแนนรวมของภาระในแต่ละมิติที่ได้สามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้นๆซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลของการรับผิดชอบผู้ดูแลในแง่มุมที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือประเมินภาระของผู้ดูแลทั้งสองมิติรวมกันเป็นมิติเดียว (Kosberg, Cairl, and Keller, 1990) การประเมินในลักษณะนี้ คะแนนที่ได้ไม่สามารถแยกมิติของภาระการดูแลได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินภาระผู้ดูแลที่ จิราพร รักรการ (2549) ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al., (1985) ซึ่งมองภาระของผู้ดูแลแยกเป็นสองมิติ คือ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย เนื่องจากผู้ศึกษาเห็นว่ากรมองภาระใน 2 มิติ มีความครอบคลุมสามารถประเมินภาระของผู้ดูแลในมิติที่แตกต่างกันได้ชัดเจนมากขึ้น

4. การแสดงออกทางอารมณ์สูง

4.1 ความหมายการแสดงออกทางอารมณ์

Brown and Birley (1972) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion)

หมายถึง การแสดงออกทางภาษาพูด หรือ ภาษาท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์ หรือ ทักษะคติของผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

4.1.1 การแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (Low Expressed Emotion: LEE) หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในลักษณะที่มีความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ไม่แสดงลักษณะก้าวร้าวดิเตียน Brown and Birley (1972)

4.1.2 การแสดงออกทางอารมณ์สูง (High Expressed Emotion: HEE) หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากกว่าปกติต่อผู้ป่วยจิตเภท ทั้งทางภาษาพูด หรือ ภาษาท่าทาง ทั้งนี้เพื่อสื่อถึงอารมณ์ หรือ ทักษะคติที่ตนมีต่อผู้ป่วย (Brown and Birley, 1972) ประกอบด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ 3 ลักษณะ ตามแนวคิด ของ ได้แก่

4.1.2.1 การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) หมายถึง การใช้คำพูดและหรือใช้น้ำเสียงที่แสดงออกถึงความไม่พอใจหรือบ่นเคือง หรือ ไม่เห็นชอบ ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย

4.1.2.2 การแสดงความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Emotion Over Involvement) หมายถึง การแสดงความห่วง กังวล ความเสียสละ (Self-sacrificing) การเอาใจใส่จดจ่อ (Devoted Behavior) โดยแสดงออกบ่อยครั้งเกินไป เช่น การที่ญาติเข้าไปจัดการในเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยเกือบทุกเรื่องจนผู้ป่วยไม่มีความเป็นอิสระที่จะตัดสินใจหรือกระทำการใดๆ ด้วยตนเอง ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยมีศักยภาพที่จะทำได้

4.1.2.3 การแสดงความเป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การแสดงการตำหนิติเตียนผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาการเจ็บป่วย ญาติจะวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยโดยทั่ว ๆ ไปไม่ยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง เช่น “เขาเป็นคนที่ไม่มีประโยชน์ไม่มีน้ำใจ สกปรก ไม่มีระเบียบ”

สอดคล้องกับการศึกษาของ Left and Vaughn (1981) พบว่าผู้ดูแลที่แสดงออกทางอารมณ์สูง จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ใน 2 รูปแบบใหญ่ๆ คือ การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) และการแสดงความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Emotion Over Involvement) รวมถึงการแสดงความไม่เป็นมิตร โดยขยายความต่อว่าผู้ดูแลที่แสดงออกทางอารมณ์สูงใน 2 รูปแบบดังกล่าว จะมีรูปแบบที่แสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน 4 ลักษณะ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ถึงการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแล ได้แก่

1. การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก (High level of intrusiveness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลมีความพยายามที่จะเข้าไปก้าวก่ายในชีวิตความเป็นอยู่ของ

ผู้ป่วย โดยจะถามบ่อยครั้ง และซ้ำๆ เพื่อต้องการรู้เรื่องราวของผู้ป่วยทุกเรื่อง หรือพยายามบอกเชิงตำหนิ และตรวจตราให้ผู้ป่วยทำในสิ่งตนต้องการ

2. การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A highly emotional response to patient's illness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองที่มีต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทได้ และมีการแสดงอารมณ์ในลักษณะต่างๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจ เช่น การแสดงความโกรธ ความเครียด ขาดความอดทนและตำหนิ เป็นต้น

3. มีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A negative attitude toward the patient's illness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลมีความคิด เคลือบแคลง หรือ สงสัย ต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึง ตำหนิผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะต่างๆ เช่น สงสัยว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยจริงหรือไม่ หรือตำหนิว่าผู้ป่วยเป็นต้นเหตุแห่งการเจ็บป่วย เป็นต้น

4. มีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท (A low level of tolerance and high expectations of client) หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีขีดจำกัดในการอดทนกับพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือการสูญเสียความสามารถทางสังคม ของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการมีความคาดหวัง อย่างเกินความเป็นจริงว่า ผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ดีเท่ากับบุคคลทั่วไป

4.2 สาเหตุการแสดงออกทางอารมณ์สูง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลที่แสดงออกทางอารมณ์สูง มีสาเหตุเกิดจาก

4.2.1 การที่ผู้ดูแลพยายามที่ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ของผู้ป่วยจิตเภท จึงเปล่งเสียงหรือใช้ท่าทางเพื่อสื่ออารมณ์ และทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย (McDonage, 2005)

4.2.2 การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท และการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลมีความคาดหวังต่อผู้ป่วยสูงเกินความเป็นจริง โดยผู้ดูแลเข้าใจว่าอาการของโรคจิตเภทเป็นสภาพที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงเข้าใจว่าผู้ป่วยควรควบคุมอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ แต่เมื่ออาการของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามความคาดหวังนั้น ผู้ดูแลก็จะญาติจะรู้สึกโกรธและแสดงอารมณ์ในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ (Weisman et al., 1998)

4.2.3 ลักษณะเดิมของผู้ดูแลหรือเป็นปัญหาครอบครัวที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว (Schreiber, 1995)

4.2.3.1 ผู้ดูแลรู้สึกผิดอาจอุทิศตนให้ผู้ป่วยอย่างมาก ก่อให้เกิด

สภาพของการมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป พบบ่อยในผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดามากกว่าผู้ดูแลที่เป็นสามีภรรยาเป็น

4.2.3.2 บุคลิกของของผู้ดูแลที่มักแสดงลักษณะวิพากษ์วิจารณ์

4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลายปัจจัย พอสรุปได้ดังนี้

4.3.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

4.3.1.1 การทำงานของผู้ป่วยจิตเภท Bentsen et al., (1998) และ Boye et al., (1999) พบว่าการไม่มีงานทำของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล เพราะการที่ผู้ป่วยสามารถทำงานได้แสดงว่าผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบ และดูแลตัวเองได้ในระดับหนึ่ง ทั้งในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และทักษะต่างๆในการเข้าสังคม

4.3.1.2 ความรุนแรงของอาการทางจิต โดย King et al., (2003) พบว่าความรุนแรงของอาการทางจิตเกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านการวิพากษ์วิจารณ์

4.3.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแล

4.3.2.1 ความเพียงพอของรายได้ มีการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ (Leff et al.,1987)

4.3.2.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม โดยวิธีการต่างๆ ที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อลดปัญหาที่ตามมา (ตวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) โดย Hall and Docherty (2000) ศึกษาพบว่า การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเครียดกับการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าจึงเกิดการแสดงออกทางอารมณ์สูง

4.3.2.3 การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีรายงานการวิจัยที่แสดงว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย (Moore and Kuipers.1992 อ้างใน ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549)

4.3.2.4 ความทุกข์ทรมาน ความทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ ถูกบีบบังคับ ความคับข้องใจ ความไม่สุขสบายทางจิตใจอื่นๆ รวมทั้งความผิดปกติ

ต่างๆ ทางร่างกายที่มีผลมาจากความไม่สุขสบายทางจิตใจ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย (McCorkle and Quint-Benoliel, 1983)

4.3.2.5 ระยะเวลาการเผชิญหน้า การที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ใช้เวลาอยู่ร่วมกันในแต่ละวัน โดยการมีปฏิสัมพันธ์และมีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ทำให้ระยะเวลาการเผชิญหน้ากันในหนึ่งสัปดาห์ ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงตลอดจนพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่ง Boye et al., (1999) พบว่าการเผชิญหน้าระหว่างผู้ดูแล ซึ่งเป็นมารดา และผู้ป่วย 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป พบว่าผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง โดยเฉพาะในด้านการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ที่มีมากขึ้นไป

4.3.2.6 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูง จะทำให้ไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล (จรรยา วิทยะศุกร, 2539; Bull, 1990 อ้างถึงใน วันดี โดสุขศรี, 2539) ส่งผลให้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลลดลง ขณะเดียวกัน การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลจะลดลงด้วยเช่นกัน (Sczufca and Kuiper, 1998)

4.4 การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์

จากการทบทวนรายงานการวิจัยต่างๆ พบวิธีการ ประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ ดังนี้

Camberwell Family Interview (CFI) เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถูกสร้างโดย Brown and Birley (1972) ถือเป็นเครื่องมือต้นฉบับที่มีการพัฒนาอันยาวนานและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการวัดโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก (Key Relatives) มาสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง ในขณะที่สัมภาษณ์ จะต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักไปด้วย หลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปและให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

Five Minute Speech Sample (FMSS) เป็นการสัมภาษณ์โดยการให้ผู้ดูแลพูดถึงผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างเขากับผู้ป่วย ในเวลา 5 นาที และมีการบันทึกเทปไว้เพื่อนำมาวิเคราะห์แปรผลภายหลังการสัมภาษณ์ FMSS เป็นเครื่องมือที่ประหยัดด้านค่าใช้จ่าย CFI เนื่องจากใช้เวลาในการประเมินน้อยกว่า แต่เครื่องมือ FMSS ยังไม่มีรายงานว่ามีความตรงเชิงพยากรณ์

The Level of Expressed Emotion (LEE) เป็นเครื่องมือวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างขึ้นโดย Cold and Kazarian (1988) จากแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Left and Vaughn (1981) โดยประเมินระดับการแสดงออกทางอารมณ์ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ครอบคลุมการ วัดภาพรวมของการแสดงออกทางอารมณ์ใน 4

ลักษณะ ได้แก่ การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก การการตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท และการมีความคาดหวังสูงร่วมกับความอดทนต่ำต่อผู้ป่วยจิตเภท ข้อคำถามมีลักษณะ ให้เลือกตอบ 1 คำตอบ จากข้อคำถามที่ประกอบด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ 4 ลักษณะๆ ละ 15 ข้อ รวม 60 ข้อ ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง คือ ผู้ดูแลที่ผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ประเมินให้มีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ มากกว่า 8 คะแนน โดยพบว่าเครื่องมือ LEE เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพในการนำมาวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังจะเห็นได้จาก Cold and Kazarian (1988) ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ LEE พบว่า มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .95 และมีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .86 นอกจากนี้ยังพบว่า Chien and Chan (2009) ได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาพัฒนาใช้วัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศจีน (A Chinese Version of the level of Expressed Emotion Scale) เป็นการวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในแถบเอเชียเช่นเดียวกับประเทศไทย พบว่า เครื่องมือดังกล่าวมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .88 และมีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .93 จึงเห็นได้ว่าเครื่องมือ LEE เป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการนำมาวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากมีค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และประเมินโดยผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งจะทำได้ข้อมูลที่ชัดเจนกว่าการถามข้อมูลจากญาติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hooley and Tasdele (1989) ซึ่งพบว่า การที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับญาติทุก ๆ วัน จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าผู้ดูแลรู้สึกต่อตนอย่างไร และบอกลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ที่ผู้ดูแลแสดงออกได้ นอกจากนี้ยังพบว่าข้อมูลการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่ได้จากเครื่องมือ LEE เป็นข้อมูลที่สามารทำนายการกลับเป็นซ้ำได้ดีกว่าข้อมูลที่ประเมินโดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Cold and Kazarian, 1988)

ดวงตา อุทุมพฤษทรัพย์ (2533) วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Brown and Birley (1972) โดยครอบคลุมการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร และความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากขึ้นไป แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 10 ข้อคำถาม ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 5 ระดับ และต้องใช้การสังเกตขณะสัมภาษณ์ร่วมด้วย

เพชร คันธสายบัว (2544) สร้างแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาแนวคิดการแสดงอารมณ์ของครอบครัวของ ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี (2536)

ร่วมกับการสัมภาษณ์บุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ร่วมกับการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำประเด็นสำคัญที่ได้มาสร้างข้อคำถามโดยครอบคลุมการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตรและความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป

ภรดี ไชยสิน (2545) พัฒนาจากเครื่องมือแบบสัมภาษณ์การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งพัฒนาจาก ดวงตา อุทุมพฤษย์พร (2533) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Brown and Birley (1972) โดยครอบคลุมการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร และความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์สูง

Sunpaveerawong (2006) สร้างแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Brown et al (1972) โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 10 ราย มีการบันทึกเทปและถอดคำพูดผู้ให้ข้อมูลแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสัมภาษณ์การแสดงออกทางอารมณ์ ประกอบด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ 7 ด้าน ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความชื่นชม การควบคุมทางอารมณ์ และความเห็นห่างทางอารมณ์

สำหรับเครื่องมือวัดการแสดงออกทางอารมณ์ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ใช้เครื่องมือ The Level of Expressed Emotion (LEE) เป็นเครื่องมือวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างขึ้นโดย Cold and Kazarian (1988) ซึ่งได้ผ่านการแปลเป็นภาษาไทย และตรวจสอบการแปล ด้วยวิธี Black Translation จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ เท่ากับ .92 และคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเตอร์ริชาร์สัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86 ซึ่งถือเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ ทั้งความตรงและความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ อีกทั้งยังพบการนำเครื่องมือ LEE ไปใช้ทั้งในประเทศแถบยุโรปและเอเชีย

4.5 แนวทางการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

เนื่องจากแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980, 1986) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดที่ว่า หากผู้ดูแลแสดงออกทางอารมณ์สูงจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำมากกว่าการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ Anderson et al. (1980, 1986) จึงเสนอแนวทางการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลไว้ ดังนี้

4.5.1 ต้องควบคุม สีน้หน้าท่าทาง ต่อบุคคล ที่ทำให้เรารู้สึกไม่พอใจ เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกไม่พอใจผู้ป่วย ต้องพยายามควบคุมสีหน้าท่าทาง เพราะหากแสดงสีหน้าท่าทางออกมาจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วย เกิดอารมณ์หงุดหงิด เครียด

4.5.2 หลีกเลี่ยงการโต้เถียงกัน เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกไม่พอใจผู้ป่วย ต้องพยายามไม่โต้เถียงผู้ป่วยเพราะหากโต้เถียงกับผู้ป่วยยิ่งทำให้ผู้ป่วย เกิดอารมณ์หงุดหงิด เครียด และก้าวร้าวมากขึ้น

4.5.3 ผู้ดูแลควรเข้าใจผู้ป่วย ไม่ควรเรียกร้องให้ผู้ป่วยทำงาน ตามที่ผู้ดูแลต้องการ ผู้ป่วยจิตเภท จะมีอาการหรืออาการแสดงที่แตกต่างกัน เช่น อาจมีลักษณะนอนมากเกินไป ไม่ทำงาน ไม่รับผิดชอบกิจวัตรประจำวัน และไม่รับผิดชอบหน้าที่ในครอบครัว ผู้ดูแลต้องทำความเข้าใจลักษณะอาการของโรคจิตเภท ให้อภัยผู้ป่วย และไม่คาดหวังผู้ป่วยเกินความเป็นจริง

4.5.4 ไม่แสดงอารมณ์โกรธ เมื่อผู้ดูแลรู้สึกโกรธผู้ป่วย ไม่ควรแสดงอารมณ์โกรธออกมา เพราะการแสดงอารมณ์โกรธต่อผู้ป่วยจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิด ความโกรธเหมือนของในใจที่สะสม เมื่อขุ่นเคือง จะยิ่งโกรธไม่หายทำให้อารมณ์ขุ่นมัวหรือหงุดหงิด ถ้ามีเหตุการณ์ไม่มากมากระตุ้น ปฏิกริยาโกรธอาจรุนแรงเกินเหตุเป็นผลเสียต่อตนเองและผู้อื่น ดังได้กล่าวมาแล้ว

4.5.5 เข้าใจช่องว่างระหว่างวัย หากผู้ป่วยและผู้ดูแล อยู่ในวัยที่แตกต่างกันก็จะมีแนวคิดที่แตกต่างกันได้

4.5.6 ผู้ดูแลและผู้ป่วย ควรมีเป้าหมายเดียวกัน และมีความพร้อมที่จะก้าวไปด้วยกัน

4.5.7 หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในทางปกติ ไม่ควรปล่อยให้อาการเกิดขึ้นเรื่อยๆ ควรตัดสินใจปรึกษาทีมผู้ให้การดูแล

5. การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980, 1986)

5.1 ประวัติการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เริ่มมีการใช้ในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1911 จากนั้นพบว่ามีผู้นำรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้อย่างต่อเนื่อง

ในปี 1980 พบว่า Anderson ได้นำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภท โดยนำพื้นฐานแนวคิดเกี่ยวกับการการแสดงออกทางอารมณ์สูงของสมาชิกในครอบครัว (High Expressed Emotion: HEE) มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จึงมีการพัฒนารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวให้มีมาตรฐาน เน้นให้ครอบครัวซึ่งถือเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภท เข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการดูแล ช่วยลดปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

5.2 ความหมายของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation)

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980, 1986) เป็นรูปแบบการให้ความรู้แบบประทับประคอง ที่ไม่ตำหนิครอบครัวว่าเป็นสาเหตุของการป่วย แต่เน้นให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (partnership) ซึ่งจะช่วยสร้างความร่วมมือที่ดีกับผู้ดูแล ลดบรรยากาศที่ไม่น่าอยู่ในครอบครัว ส่งเสริมความสามารถของญาติในการแก้ปัญหา ลดความโกรธ และความรู้สึกผิดในครอบครัว ให้ครอบครัวมีความคาดหวังต่อผู้ป่วยอย่างสมเหตุสมผล และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เอื้อต่อการรักษาและการฟื้นฟูผู้ป่วย

5.3 วัตถุประสงค์การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

- 5.3.1 เพื่อลดอัตราการป่วยซ้ำ และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล
- 5.3.2 เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจโรคจิตเภท และมีความคาดหวังที่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง
- 5.3.3 เพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัว

5.4 หลักสำคัญของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

- 5.4.1 มองครอบครัวว่าเป็นหุ้นส่วนในการดูแลที่สำคัญอย่างยิ่ง
- 5.4.2 มองโรคจิตเภทว่าเป็นอาการป่วยอันเนื่องมาจากโรคจริงๆ ไม่ใช่ความผิดปกติในครอบครัวหรือการกระทำ ที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกบางคน
- 5.4.3 เน้นการให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับโรคในด้านต่างๆ รวมทั้งวิธีปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและวิธีที่ครอบครัวควรจะทำปฏิบัติต่อผู้ป่วย โดยมุ่งให้นำ ความรู้ดังกล่าวไปใช้ได้จริง
- 5.4.4 ฝึกครอบครัวให้รู้จักวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยในยามวิกฤติหรือเมื่อมีอาการกำเริบ รวมทั้งวิธีแก้ปัญหาต่างๆ และลดความเครียดทั้งในตัวผู้ป่วยและสมาชิกแต่ละคนช่วยให้ครอบครัววางแผนร่วมกันเพื่อลดความเครียดและแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้
- 5.4.5 ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการดูแลรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

5.5 ชนิดของสุขภาพจิตศึกษา

Anderson et al. (1980, 1986) ได้แสดงความเห็นไว้ว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถดำเนินการได้ทั้ง การให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว และการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม จะช่วยให้เกิดการประทับประคองทางจิตใจ เพราะผู้ดูแลบางคนไม่เคยขอรับความช่วยเหลือจากใครมาก่อน และช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว และภายในกลุ่ม

เมื่อมีการนำสุขภาพจิตศึกษามาใช้กันต่อ ๆ มา พบว่าได้มีการพัฒนารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษามากขึ้น เห็นได้จาก พิเชฐ อุคมรัตน์ (2552) ได้แบ่ง psychoeducation เป็นชนิดต่าง ๆ ตามเกณฑ์การแบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ

5.5.1 แบ่งตามจำนวนผู้รับ ในกรณีนี้จะแบ่งเป็นการให้ สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคล (individual) กับการให้เป็นรายกลุ่ม (group psychoeducation; GPE)

5.5.2 แบ่งตามประเภทของผู้รับ ในกรณีนี้จะแบ่งเป็น

5.5.2.1 เฉพาะผู้ป่วย (patient-directed approach) ในกรณีที่ให้สุขภาพจิตศึกษา ที่อาจแตกต่างกัน เช่น การจัดในกลุ่มผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอก

5.5.2.2 เฉพาะญาติหรือครอบครัวผู้ป่วย (family psychoeducation; FPE) หากเป็นการให้ สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยหลายๆ ครอบครัวไปพร้อมกัน ก็เรียกว่า multifamily หรือ multiple family psychoeducation group (MFPG) และเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทบางรายอาจไม่มีญาติ แต่มีเพื่อนสนิทเป็นผู้ดูแล ในกรณีนี้ก็จะใช้คำว่า caregiver psychoeducation แทน

5.5.2.3 รวมผู้ป่วยกับญาติผู้ป่วยเข้าด้วยกันในการให้สุขภาพจิตศึกษา แต่ละคราว ซึ่งอาจเป็นครอบครัวเดียวหรือมากกว่าหนึ่งครอบครัวก็ได้

5.5.3 แบ่งตามจำนวนครั้งของการดำเนินกิจกรรม แบ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาระยะสั้น (brief) โดยดำเนินการประมาณ 6-9 ครั้ง กับการให้สุขภาพจิตศึกษาระยะยาว ซึ่งจะดำเนินการประมาณ 20-22 ครั้ง

5.5.4 แบ่งตามผู้ให้สุขภาพจิตศึกษา จะแบ่งเป็น professional คือเป็นบุคลากรทางสุขภาพจิต เป็นผู้ให้สุขภาพจิตศึกษา หรือเป็นผู้ป่วยด้วยกันเองที่รักษาหายแล้วหรืออาการคงที่แล้ว

5.5.5 แบ่งตามสถานที่ ของการทำ psychoeducation จะแบ่งเป็นการทำ psychoeducation แบบทดลองเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม กับการทำ psychoeducation ในชีวิตจริง เพราะผลที่ได้อาจมีความแตกต่างกัน

5.6 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

5.6.1 การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว (joining) คือการที่ผู้ดูแลพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ซึ่งเผชิญกับปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นเวลานาน ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิว

เดิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใยเอาใจใส่ ทั้งนี้เพราะต้องการให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจและยอมรับในตัวผู้ช่วยเหลือ

ทั้งนี้ Anderson et al. (1980, 1986) ได้เสนอวิธีการสร้างสัมพันธภาพ โดยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว พุคคยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการสอบถามถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งจากผู้ป่วยและผู้ดูแล และบอกแนวทางในการดูแลต่อไป เตรียมให้ครอบครัวได้รับทราบถึงการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ครอบครัวจะได้ไม่คาดหวังเกินความเป็นจริง และกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติ สำหรับผู้ที่ยังมีอาการ ครอบครัวควรบอกถึงอาการที่เกิดขึ้น เพราะต้องมีรูปแบบเฉพาะในการดูแล ซึ่งการมีสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลจะช่วยส่งผลต่อการบำบัดในครั้งต่อไป

5.6.2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family Education) คือ การที่ผู้ดูแลช่วยให้สมาชิกครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุอาการ อาการเตือน และผลกระทบจากความเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจความต้องการของผู้ป่วย รับรู้และยอมรับข้อจำกัดของโรคจิตเภท มีความคาดหวังที่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง แก้ไขความเข้าใจกับความเชื่อที่ผิดๆ เป็นประโยชน์ในการวางแผนการช่วยเหลือทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทำให้ครอบครัววางแผนที่จะป้องกันการเสื่อมในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ครอบครัวดังที่กล่าวมานี้ อาจจะจัดในรูปแบบของการอบรมเชิงปฏิบัติเป็นระยะเวลา 1-2 วัน ซึ่งอาจจัดเป็นรูปแบบการให้ความรู้ร่วมกับฝึกทักษะการดูแล (survival skills workshop)

ตัวอย่างตารางกิจกรรมการให้ความรู้ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

9.00-9.15 น.	- การสร้างสัมพันธภาพ
9.15-9.30 น.	- อธิบายภาพรวมว่าในวันนี้มีกิจกรรมอะไรบ้าง
9.30-10.30 น.	- โรคจิตเภทคืออะไร ประวัติ อุบัติการณ์ - ประสบการณ์ที่แต่ละคนพบ - โรคจิตเภทในมุมมองของชุมชน - หลักทางกาย-จิต
10.30-10.45 น.	อาหารว่าง พุดคุยทั่วไป
10.15-12.00 น.	- การรักษาโรคจิต - ยา การออกฤทธิ์ ความจำเป็นที่ต้องใช้ยา รักษา ผลลัพธ์ - ผลข้างเคียงของยา - การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ
12.00-13.00 น.	- อาหารกลางวัน และพุดคุยเรื่องทั่วไป
13.00-15.30 น.	- ครอบครัวกับโรคจิตเภท - ความต้องการของผู้ป่วย - ความต้องการของผู้ดูแล - ปัญหาทั่วไปที่พบบ่อย - สิ่งที่ครอบครัวควรปฏิบัติ - การลดความคาดหวัง - พิจารณาปัจจัยกระตุ้น - ข้อจำกัด - รักษาสัมพันธภาพ - ลักษณะสภาพปกติของครอบครัว - บทบาทผู้ช่วยเหลือ
15.30-16.00 น.	- อภิปรายซักถามปัญหา

โดย Anderson et al. (1980, 1986) ได้เสนอว่าเนื้อหาความรู้สามารถปรับได้ตามสภาพปัญหา และความเหมาะสมของสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรม

5.6.3 การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การที่ผู้ดูแลทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรมความคิด และวิธีการติดต่อสื่อสาร

5.6.4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือการที่ผู้ดูแล
 ซึ่ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับ
 ผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย
 โดยหาที่มาของความเครียด ที่เป็นไปได้ซึ่งอาจมีผลกระตุ้นให้เกิดอาการเตือนเริ่มแรกโดยเฉพาะ
 อย่างยิ่งเหตุการณ์สำคัญๆในชีวิต เช่น การย้ายบ้าน เปลี่ยนที่ทำงาน เป็นต้น ส่งเสริมให้
 มีการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่น่าจะมีผลต่อการเพิ่มความเครียด
 โดยตรง สนับสนุนวิธีการที่เคยใช้ได้ดีในการแก้ไขความเครียดในครั้งก่อน ๆ หยุดหรือลด
 กิจกรรมและปฏิสัมพันธ์ที่เพิ่มความเครียด และสนับสนุนให้มีการใช้ relaxation methods

5.6.5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่ง
 สนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิด
 ปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ครอบครัวของผู้ป่วยมักมีเครือข่ายทางสังคมที่แคบ การมีสมาชิกป่วย
 ทางจิตเป็นเสมือน “ตราบาท” ทำให้ครอบครัวแยกตัวอยู่อย่างโดดเดี่ยว การบำบัดจะต้องช่วยให้
 ครอบครัวมีเครือข่ายทางสังคมที่กว้างพอ สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวได้ยามเกิดปัญหา
 วิกฤติ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย เลือกรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาของครอบครัวรายกลุ่ม
 อันประกอบด้วยผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท เพราะตามแนวคิดของ Anderson et al.
 (1980,1986) เชื่อว่ารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มจะช่วยให้สัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับ
 ผู้ดูแลดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้มาวางแผนการดูแลร่วมกัน และเพื่อให้
 เกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการดูแลจึงควรมีรูปแบบการพัฒนาในกลุ่มที่ชัดเจน

5.7 แนวคิดการพัฒนาการกลุ่มของ Marram (1978)

5.7.1 ลักษณะของกลุ่ม เป็นลักษณะกลุ่มปิด หมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิก
 กลุ่มเดียว ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปิดกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มพัฒนาการและนำไปสู่การแก้ปัญหา ซึ่ง
 จำเป็นต้องอาศัยเวลาและความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Marram, 1978)

5.7.2 จำนวนสมาชิกกลุ่ม จำนวนสมาชิกที่เป็นองค์ประกอบของกลุ่มมีความสำคัญ
 ไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป เพราะจะไม่เกิดผลในการบำบัด Lasale and Lasale (1995; อ้างในสกว
 รัตน์ ฤๅ 2543) กล่าวถึงจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่มบำบัดต่างๆ แต่ละครั้ง คือ 7-10
 คนและ Marram (1978) ได้กำหนดจำนวนสมาชิกในการทำกลุ่มบำบัดคือ 8-12 คน

5.7.3 ระยะเวลาในการสอน ได้มีการศึกษาผลการใช้เวลาในการเข้ากลุ่ม ซึ่งมีความหลากหลายในเรื่องระยะเวลา ความถี่ที่ใช้ในการจัดกลุ่ม เวลาที่ใช้อยู่ระหว่าง 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง และจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มอยู่ในช่วง 6-8 ครั้ง

5.7.4 ระยะเวลาในการพัฒนาการกลุ่มเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะสร้างสัมพันธภาพ เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มสร้างสัมพันธภาพต่อกัน ผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศให้เอื้ออำนวยต่อการเป็นมิตร บอกจุดมุ่งหมายแนวทางปฏิบัติของสมาชิกในกลุ่ม รวมถึงการให้ข้อมูลแก่สมาชิก นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึกและความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนกัน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ระยะนี้สมาชิกกลุ่มจะมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่มสมาชิกเริ่มรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (cogesiveness) จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีการระบายความรู้สึก ความคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเปิดเผยตนเองมากยิ่งขึ้น ยอมรับว่าตนเองมีปัญหาโดยมีสมาชิกกลุ่มคอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุน การได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกเกิดความคิดที่จะแก้ไขปัญหาของตนเอง

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ในระยะนี้ผู้นำกลุ่มต้องช่วยให้สมาชิกประเมิน การเปลี่ยนแปลงของตนเอง ด้วยการแสดงออกโดยคำพูดของสมาชิก หรือประเมินจากพฤติกรรมที่สมาชิกแสดงออกมา

สรุปได้ว่าการเข้าใจพัฒนาการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) มีรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจน ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน อันจะส่งผลต่อการลดภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

6. โปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลต้องรับผลกระทบโดยตรง จากการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน เกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระจากการดูแลผู้ป่วย (Jungbauer, 2003) และการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งทั้งภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีสาเหตุที่คล้ายกัน โดยภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งไม่สามารถแก้ไขปัญหาและจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ (Marsh and Johnson, 1997) นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากการขาดการสนับสนุน ปรึกษาปรึกษาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม (ดร.ณิ คชพรหม, 2543;

Magliano et al., 1998) สำหรับการแสดงออกทางอารมณ์สูง เกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแล (Weisman et al., 1998) ขาดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Karanci and Indialar, 2002) นอกจากนี้ยังขาดทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหา (Folloon et al., 1982 cited in Brooker, 1990) จึงแสดงออกทางอารมณ์สูง (Brown et al., 1972) ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะนำรูปแบบของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ของ Anderson et al., (1986) มาใช้ ซึ่งเป็นรูปแบบการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skill) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาการดำเนินกิจกรรมจาก จิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980,1986) โดยปรับปรุงกิจกรรมใน 2 ส่วนที่สำคัญ คือ ส่วนที่ 1 ผู้วิจัยได้รวมกิจกรรมที่ 2 และ 3 ของ จิราพร รักการ (2549) เข้าด้วยกัน โดยรวมเป็นกิจกรรมการพัฒนาความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล และการปรับปรุงส่วนที่ 2 คือ ผู้วิจัยเพิ่มกิจกรรมอีก 2 กิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม เนื่องจากตามแนวคิดของ Anderson, et al., (1980,1986) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีการตอบสนองทางอารมณ์ ได้หลายลักษณะ ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรมีทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลอย่างสมดุลโดยไม่มากหรือน้อยเกินไป ทำความเข้าใจข้อจำกัดในการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งจะช่วยลดการต่อต้านจากผู้ป่วยจิตเภทได้ และผู้วิจัยได้ปรับปรุงโปรแกรมโดยการเพิ่มกิจกรรมประเมินผล ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมในครั้งสุดท้าย ดังรายละเอียดการบูรณาการตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปการบูรณาการเนื้อหาการจัดทำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	การบูรณาการ
<p>กิจกรรมที่ 1</p> <p>การสร้างสัมพันธภาพ และสร้างแรงจูงใจ</p>	<p>ใช้เนื้อหาการดำเนินกิจกรรมคล้ายกับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ของ จิราพร รักการ (2549) ปรับปรุงเพิ่มเติม โดยนำกระบวนการพัฒนาการกลุ่มตามแนวคิด Marram (1978) มาใช้ และปรับปรุงเนื้อหาที่เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพในครอบครัว ในระยะสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยแนะนำตัว และสมาชิกกลุ่มร่วมทักทายกัน แจ็งวัตถุประสงค์ ระยะดำเนินการ ให้ครอบครัวเข้าใจลักษณะสัมพันธภาพและความรู้สึกที่มีต่อครอบครัว และแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับความรู้สึกกับสมาชิกกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกเข้าใจกันและกันมากขึ้น และให้ครอบครัวร่วมเรียนรู้วิธีสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว และในระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปความสำคัญของการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน</p>
<p>กิจกรรมที่ 2</p> <p>การพัฒนาความรู้ เกี่ยวกับโรคจิตเภท และฝึกทักษะการดูแล</p>	<p>ผู้วิจัยได้บูรณาการการดำเนินกิจกรรม การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา และการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของจิราพร รักการ (2549) เนื่องจากเนื้อหาดังกล่าวบางส่วนจะมีลักษณะเป็นการให้ข้อมูลเหมือนกัน และนำการฝึกทักษะการดูแลมาดำเนินการต่อเนื่องจากความรู้เรื่องโรคจิตเภท จะทำให้ผู้ดูแล ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากขึ้นโดยนำ กระบวนการพัฒนาการกลุ่มตาม แนวคิด Marram (1978) ทั้ง 3 ระยะมาใช้ ระยะสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมทักทายกัน ระยะดำเนินการ โดยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ปัญหาจากการเจ็บป่วย จากนั้นจึงสรุปความรู้และทักษะที่สำคัญในระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม</p>

กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	การบูรณาการ
<p>กิจกรรมที่ 3</p> <p>การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม</p>	<p>ผู้วิจัยเพิ่มเติมกิจกรรมการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม เนื่องจาก ผลการทบทวนวรรณกรรม ของ Left and Vaughn (1981) พบว่าผู้ดูแลที่แสดงออกทางอารมณ์สูง จะแสดงออกทางอารมณ์ในลักษณะ การวิพากษ์วิจารณ์ และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป รวมถึงการแสดงความไม่เป็นมิตร ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรมให้สมาชิกได้พัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม โดยนำกระบวนการพัฒนาตามแนวคิด Marram (1978) มาใช้โดยผู้วิจัยทักทายและสมาชิกกลุ่มร่วมทักทายกัน ระยะดำเนินการผู้วิจัยจะให้สมาชิกเล่าประสบการณ์การตอบสนองทางอารมณ์ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ฝึกทักษะในการตอบสนองทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และระยะสิ้นสุดผู้วิจัยสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติ</p>
<p>กิจกรรมที่ 4</p> <p>การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ</p>	<p>ใช้เนื้อหาเช่นเดียวกับ จิราพร รักการ (2549) แต่ดำเนินการในรูปแบบกลุ่มโดยนำกระบวนการพัฒนาตามแนวคิด Marram (1978) ทั้ง 3 ระยะมาใช้ โดย ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมทักทายกัน ระยะดำเนินการ โดยผู้วิจัยให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง และเปิดโอกาสให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์การเผชิญความเครียดจากนั้น และสาธิตวิธีการจัดการกับความเครียดด้วยตนเองในรูปแบบที่สมาชิกกลุ่มสนใจ และในระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยจะสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด และการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม</p>
<p>กิจกรรมที่ 5</p> <p>การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม</p>	<p>ใช้เนื้อหาเช่นเดียวกับ จิราพร รักการ (2549) แต่ดำเนินการในรูปแบบกลุ่ม โดยนำกระบวนการพัฒนาตามแนวคิด Marram (1978) มาใช้ โดยระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยและสมาชิกร่วมทักทายกัน ระยะดำเนินการผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มการสื่อสารจากสถานการณ์จำลอง และในระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยผู้วิจัยสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการสื่อสารทางบวก และสรุปเนื้อหาทั้งหมดของการดำเนินกิจกรรม</p>

กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	การบูรณาการ
กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมการ ประเมินผล	ผู้วิจัยเพิ่มกิจกรรมกิจกรรมการประเมินผลในระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว ได้ ประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัว บูรณาการตามแนวคิด Marram (1978) โดยระยะสร้างสัมพันธ์ภาพผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วม ทักทายกัน ระยะดำเนินการผู้วิจัยจะให้สมาชิกได้ทบทวนประสบการณ์ จากการเข้าร่วมกิจกรรม และเปิดโอกาสให้สมาชิกพูดความรู้สึก ความประทับใจต่อกลุ่ม ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ สมาชิกกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ปิดกลุ่ม

ดังนั้น โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจึงมีกิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ หมายถึงกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อ สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ดังนี้

ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ โดย ผู้วิจัยจะแนะนำตัว พูดคุยเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ ทั่วไปแจ้งวัตถุประสงค์ของการช่วยเหลือที่เน้นการให้ความรู้ของโรคจิตเภทตามความเป็นจริง

ระยะดำเนินการ โดยวิจัยให้สมาชิกแต่ละครอบครัวร่วมกันประเมินสัมพันธ์ภาพ ในครอบครัวตามความเป็นจริง พูดคุยเกี่ยวกับ ลักษณะ ความสำคัญ และ วิธีการสร้าง สัมพันธ์ภาพในครอบครัว อีกทั้ง สร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ดูแล เข้าใจผลกระทบจากการเกิดการรับรู้การดูแล และมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามบทบาทการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม สรุปความสำคัญของการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน และ ความสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการทำบทบาทการดูแลอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล หมายถึงกิจกรรม ที่ผู้วิจัยจัดขึ้นให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จิตเภทและมีทักษะในการดูแล ดังนี้

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยทั้กทายสมาชิกกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มทั้กทายกัน
ด้วยบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว เรื่อง
โรคจิตเภท การดูแลรักษา อาการข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการนำอาการเตือน และวิธีการจัดการ
กับอาการที่เป็นปัญหา การเรียนรู้จากใบงานและแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และยกตัวอย่าง
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาดังกล่าว

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปความรู้และทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย
จิตเภท และแนะนำให้สมาชิกกลุ่มได้นำความรู้ดังกล่าวไปฝึกใช้ในชุมชน

**กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่าง
เหมาะสม** หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว มีทักษะในการ
จัดการกับอารมณ์และแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัย และสมาชิกกลุ่มร่วมทั้กทายกัน

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยแจ้งระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล บอก
ความหมาย ลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์สูง ให้สมาชิกร่วมกันทบทวนประสบการณ์เกี่ยวกับการ
แสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบที่
เกิดขึ้น วิธีการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และ ฝึกทักษะการ
แสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยร่วมให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เป็นระยะๆ

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกทักษะการ
แสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่
ผู้วิจัยจัดขึ้นให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว มีทักษะในการจัดการกับความเครียด และ
สามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัย ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว ทั้กทายกันในเรื่อง
ทั้ๆไป

ระยะดำเนินการ โดยผู้วิจัยให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด
ด้วยตนเอง และเปิดโอกาสให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์การเผชิญความเครียด โดยบอกถึงสาเหตุ
และอาการที่เกิดขึ้น และ วิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยให้ความรู้และให้
ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยสาธิตวิธีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ให้
สมาชิกสาธิตย้อนกลับ

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม: ผู้วิจัยสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด และการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัวเข้าใจวิธีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ และทราบถึงแหล่งช่วยเหลือแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ: ผู้วิจัย ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว ทักทายกันในเรื่องทั่วไป

ระยะดำเนินการ โดยผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มศึกษาสถานการณ์จำลองจากใบงานการสื่อสารทางลบ และร่วมกันแสดงความคิดเห็นจากสถานการณ์ดังกล่าว แล้วให้สมาชิกฝึกทักษะการสื่อสารทางบวก จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชน และแนะนำให้ผู้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักกับเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยผู้วิจัยสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการสื่อสารทางบวก และและการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา หมายถึง กิจกรรมในระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้นำความรู้และทักษะจาก โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ไปใช้

ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมทักทายกัน

ระยะดำเนินการ โดยผู้วิจัยจะให้สมาชิกได้ทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม สมาชิกร่วมกันมองจุดเด่นที่แต่ละครอบครัวนำความรู้และทักษะที่ได้นำไปประยุกต์ใช้ รวมถึงการประเมินผลการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปการทำกลุ่มครั้งนี้ และกล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ปิดกลุ่ม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล

ทีปประพิน สุขเขียว (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของแรงงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

รัชนีกร อุปเสน (2541) ได้ศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทครอบครัว จำนวน 10 คน ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีบทบาทช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ตามการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป ส่วนการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลและแสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือ และบทบาทผู้จัดการดูแล และยังพบว่า ในบางครั้งญาติผู้ดูแลไม่แสดงบทบาทใด ๆ ส่วนภาระในการดูแลที่เกิดขึ้น ในเชิงรูปธรรมคือ ในด้านการพักผ่อน สุขภาพกาย สุขภาพจิต และภาวะเศรษฐกิจ และความรู้สึกเป็นภาระในเชิงนามธรรม พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

สกาวรัตน์ ภูผา (2543) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 18 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน กลุ่มทดลองได้รับการเข้ากลุ่มบำบัดสุขภาพจิตศึกษา ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระการดูแลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้น คือ การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การระบาย การให้ข้อมูล ความเกื้อกูล การได้รับความรู้ความจริงของชีวิต และความหวัง

จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความรับผิดชอบของ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Thompson and Doll (1982) ตรวจสอบความคิดเห็นจากญาติผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 125 ราย ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกวุ่นวายมากกว่าคนแบกภาระหนักยิ่ง ร้อยละ 72 มีความรู้สึกอับอาย ร้อยละ 46 รู้สึกเหมือนติดกับ ร้อยละ 42 ขุ่นเคืองใจ ร้อยละ 40 ขาดการเอาใจใส่ต่อสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากใช้เวลาดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 30

Magliano et al. (1998) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 236 รายซึ่งอาศัยอยู่ใน 5 ประเทศของทวีปยุโรป ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาระ อธิบายได้ว่า ครอบครัวจะมีการรับรู้ภาระในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคม และมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ และได้แนะนำว่าควรมุ่งเน้นการปฏิบัติการกับครอบครัวเพื่อเพิ่มการสร้างเครือข่ายทางสังคม และการลดความรู้สึกเป็นตราบาป

Lim and Ahn (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเกาหลีจำนวน 57 ราย โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การเผชิญความเครียด และภาระของผู้ดูแลในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ทำให้เกิดการรับรู้ภาระการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งรูปแบบการปฏิบัติการที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวคือการใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

Dyck, Short, and Vitaliano (1999) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 70 ราย ผลการศึกษาพบว่าทรัพยากรในครอบครัวซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท

Montgomery, Gonyea, and Hooyman (1985) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล เชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 80 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุของผู้ดูแลเป็นตัวทำนายภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) และพบว่าภาระเชิงปรนัย จะลดลงเมื่อมีบุคคลมาช่วยเหลือ หรือได้รับการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน

Kausar and Nasr (2009) ศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ดำเนินการศึกษาในผู้ป่วยและครอบครัวจำนวน 108 คน ศึกษาในประเทศปากีสถาน โดยใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของ Kuipers ดำเนินกิจกรรม 8 ครั้ง และติดตามผลหลังให้ Psychoeducation 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีภาระการดูแลลดลง

Francell (1998) ได้ศึกษาการรับรู้ภาระของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 86 ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าแนวทางที่จะลดภาระของครอบครัว คือการให้ความรู้กับครอบครัว (family education) เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษา และการจัดการกับภาวะวิกฤติ และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทีมการรักษาและการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

Chien and Wong (2007) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทชาวจีน ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาญาติผู้ป่วยจิตเภทสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น และการรับรู้ภาระในการดูแลลดลง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์

ดวงตา อุทุมพุกฤษพร (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างด้านส่วนตัวและครอบครัวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา เพื่อศึกษาตัวทำนายการกลับมารักษาซ้ำ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเภท ผู้ใหญ่ จำนวน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่า รายได้ เหตุการณ์ในชีวิต ฐานะเศรษฐกิจครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำ โดยครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.1

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ป่วยซ้ำจำนวน 110 คน และกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คน ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพสมรส การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน

การป่วยซ้ำ โดยผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำมีการเตรียมการเผชิญปัญหา มีพฤติกรรมการใช้ยาดีกว่ากลุ่มที่ป่วยซ้ำ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวต่ำกว่า

กรดี ไชยสิน (2545) ศึกษาเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคอีสาน เป็นการวิจัยเชิงโดยศึกษาระดับการ แสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทชาวอีสาน จำนวน 250 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์การ แสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวของดวงตา อุทุมพฤษทรัพย์(2533) ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำคิดเป็น ร้อยละ 68.8 สถานภาพทางการเงินของญาติ ภาวะด้านการมีและไม่มียานทำของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และอายุของญาติมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2546) ได้ศึกษาการมีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว เป็นการ ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายสถานการณ์ของครอบครัวที่ต้องอยู่กับผู้ป่วยทางจิตเรื้อรัง โดย สัมภาษณ์เชิงลึกครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจำนวน 15 ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้หญิงเป็นผู้ดูแลหลัก โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพกายและจิตใจและถูกทำร้าย 2) ญาติใช้วิธีจำกัดบริเวณผู้ป่วย และหลอกล่อเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม 3) ในบางครั้งญาติไม่สามารถควบคุมอารมณ์หรือทนต่อพฤติกรรมผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะการดื่ม เหล้าแล้วมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น ทำให้ต้องใช้กำลังต่อผู้ป่วย

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน และศึกษาปัจจัยกีดสรร ด้านผู้ป่วยได้แก่ ปัจจัย ด้านการทำงาน ปัจจัยด้านผู้ดูแลได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่ง แก้ปัญหา การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จิตเภท และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย ร่วมกับการทำนายอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลในครอบครัวที่มารับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ภาคใต้ตอนบน จำนวน 160 คน ผลการศึกษา พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ ตอนบนอยู่ในระดับที่เหมาะสม ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ระยะเวลาในการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย และ ตัวแปรที่สามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก คือการรับรู้ความรุนแรงของอาการทาง จิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

Schreiber, Breiferet, and Pichar (1995) ศึกษาความรุนแรงของการแสดงออกทางอารมณ์ของบิดามารดาผู้ป่วย เพื่อให้ทราบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของบิดามารดา ขึ้นอยู่กับบุคลิกของบิดามารดาหรือ ขึ้นอยู่กับภาวะการณ์เจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะการวิพากษ์วิจารณ์ของบิดามารดาขึ้นอยู่กับบุคลิกของบิดามารดาเอง ส่วนด้านความผูกพันทางอารมณ์ และการแสดงความอบอุ่นห่วงใยขึ้นอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

Sczufca and Kuiper (1996) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์และภาวะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการทางบวกและอาการทางลบ จำนวน 50 ราย และญาติผู้ป่วยที่อาศัยกับผู้ป่วยและมีความใกล้ชิด ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อประเมินการแสดงออกทางอารมณ์และภาวะในการดูแล และให้บอกถึงพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลสูงกว่าการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ และมีการรับรู้ความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยสูงกว่าในผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ

Sczufca and Kuiper (1998) ศึกษาความคงที่ของการแสดงออกทางอารมณ์ในญาติผู้ป่วยจิตเภท และความสัมพันธ์กับภาวะในการดูแลและการรับรู้หน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท 50 รายและญาติ 50 ราย หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแล 36 ราย ผู้ป่วย 31 ราย และทำการประเมินซ้ำหลังจากการจำหน่ายผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ในญาติ 64% มีระดับการแสดงออกทางอารมณ์เหมือนเดิม 25% มีการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกทางอารมณ์จากสูงเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ และ 11% มีการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกทางอารมณ์จากต่ำเป็นการแสดงออกทางอารมณ์สูง ตัวแปรที่ทำนายการเปลี่ยนแปลงระดับการแสดงออกทางอารมณ์คือการเปลี่ยนแปลงภาวะในการดูแล และจำนวนชั่วโมงในการเผชิญหน้า ระหว่างผู้ป่วยและญาติ ซึ่งหมายถึงการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่างๆ และภาวะการดูแลผู้ป่วย

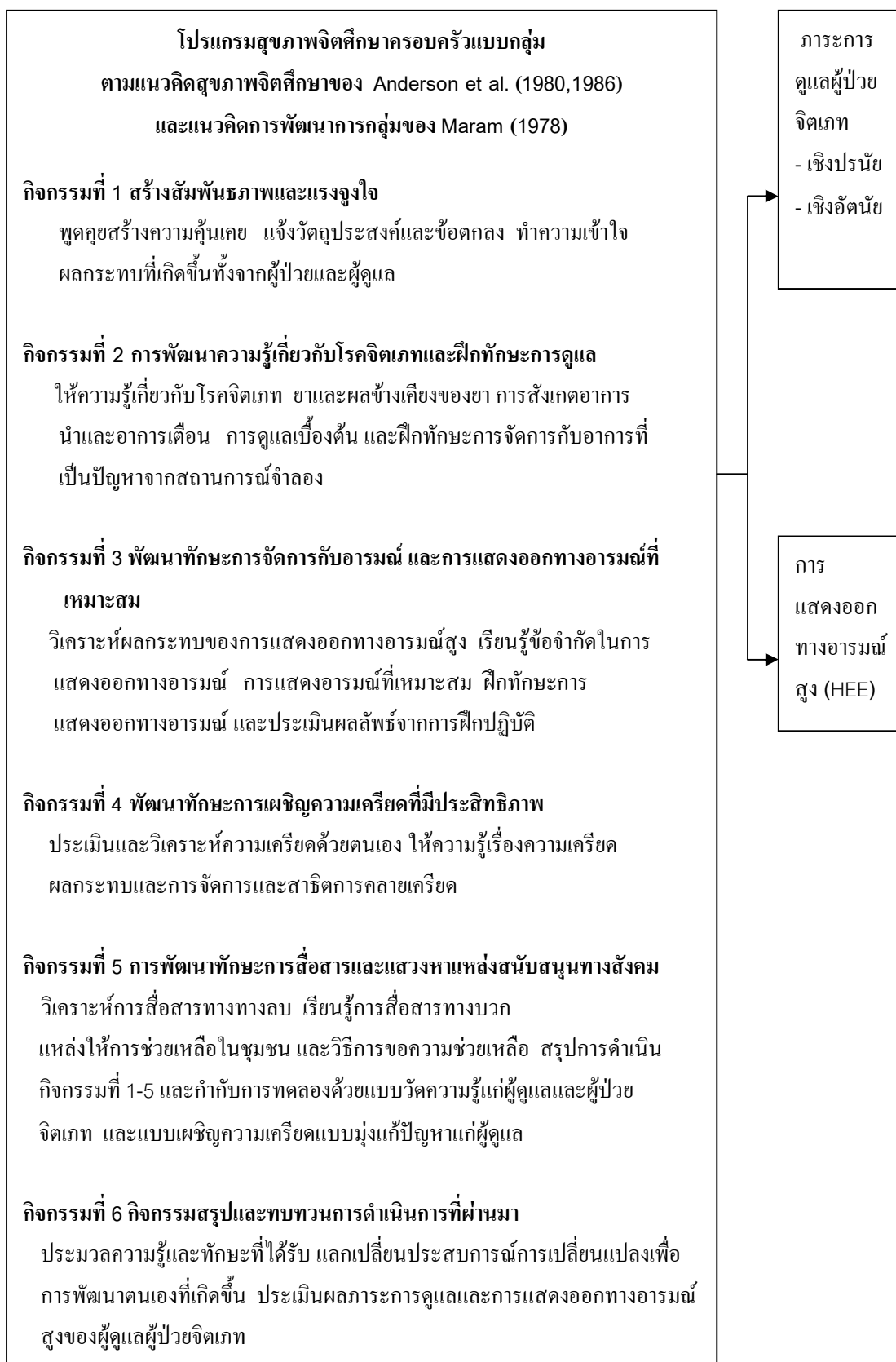
Maxon et al. (2008) ได้ทำการศึกษาผลการให้ข้อมูลเกี่ยวโรคจิตเภทและการแสดงออกทางอารมณ์ แก่ผู้ป่วยจิตเภทและญาติในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและญาติจำนวน 39 คน โดยในกลุ่มทดลองทั้งผู้ป่วยและญาติจะได้รับความรู้แบบสั้น โปรแกรมไปพร้อมๆกัน ผลการทดลองพบว่าภายหลังการให้ความรู้คะแนนความรู้ของผู้ป่วยและญาติในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น และยังคงมีความรู้เมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา 3 เดือน แต่คะแนนความรู้ในกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของทั้งผู้ป่วยและญาติลดลง

และเปรียบเทียบผลการประเมินทัศนคติของครอบครัวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเหมือนกับความรู้ และการแสดงออกทางอารมณ์

McFarlane et al. (1995) ศึกษาผลการใช้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทมีอยู่กับครอบครัวอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาจำนวน 3 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมมีอัตราการกลับเป็นซ้ำน้อยมาก อาการของผู้ป่วยลดลง อีกทั้งครอบครัวมีการแสดงอารมณ์สูงลดลง

จากผลการทบทวนวรรณกรรมจึงเห็นได้ว่าการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ช่วยลดภาระการดูแลและลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experiment Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Design with Nonequivalent Groups) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่อภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

O₁ หมายถึง การวัดภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูง ก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

O₂ หมายถึง การวัดภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูง หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

O₃ หมายถึง การวัดภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₄ หมายถึง การวัดภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงหลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง ให้การทดลองโดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษาคือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วย ผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยจิตเภท
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน แต่เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิด

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980,1986) ที่เน้นการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการดูแล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำสมาชิกครอบครัว 1 คนและผู้ป่วยจิตเภท 1 คนที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลดังกล่าวเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม โดยสมาชิกแต่ละคนมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์ในการเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Inclusion Criteria)

1. เป็นบุคคลในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท
2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน
3. เป็นผู้มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง จากการประเมินด้วยแบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของ Cold and Kazarian (1988) ตามแนวคิดของ Left and Vaughn (1981) ซึ่งมีค่าคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท มากกว่า 8 คะแนน
4. สามารถฟังอ่านภาษาไทยได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการเลือกผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD-10
2. ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
3. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนจากการประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน
4. สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง
5. ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว

1. มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในปัจจุบัน
2. มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย
2. ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบขณะเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัว
เจ็บป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินกิจกรรม

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (รัตนศิริ
ทาโต, 2552) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) โดยนำผลการศึกษาของ
จิราพร รักการ (2549) เรื่องผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มาร่วมคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่
90.77% มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 9.2% ที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha = .05$ ขนาด
ของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 14 คน ดังนั้น เพื่อป้องกันการ drop out ของสมาชิก
กลุ่ม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง 16 คน
และกลุ่มควบคุม 16 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ภายหลังจากที่โครงร่างวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารของคณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาล
สิงห์บุรี และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลบางระจัน
ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบคลินิกจิตเวช เพื่อขออนุญาต
ประเมินระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยประเมินตามการรับรู้ของ
ผู้ป่วยจิตเภท และคัดเลือก ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว ในช่วงเวลา
ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
หรือไม่

2. หากพบว่ามีความสอดคล้องตามที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเข้า
ร่วมวิจัยโดยสมัครใจ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่าง
เซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ (Control Extraneous
Variables) ซึ่งจากผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระยะเวลาในการดูแล (Bull, 1990, Boye et al.,
1999) และความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว (ภรดี ไชยสิน, 2545, Left et al., 1987) เป็นตัว

แปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อตัวแปรที่ศึกษาครั้งนี้ทั้งสองตัว คือ การรับรู้ภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกใช้วิธีการจับคู่ (Matched - pair) จากคุณลักษณะดังกล่าวเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่เหมือนกันเป็นคู่ ๆ รวมจำนวน 16 คู่

4. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างทีละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับสลาก เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 16 คู่ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและความเพียงพอของรายได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

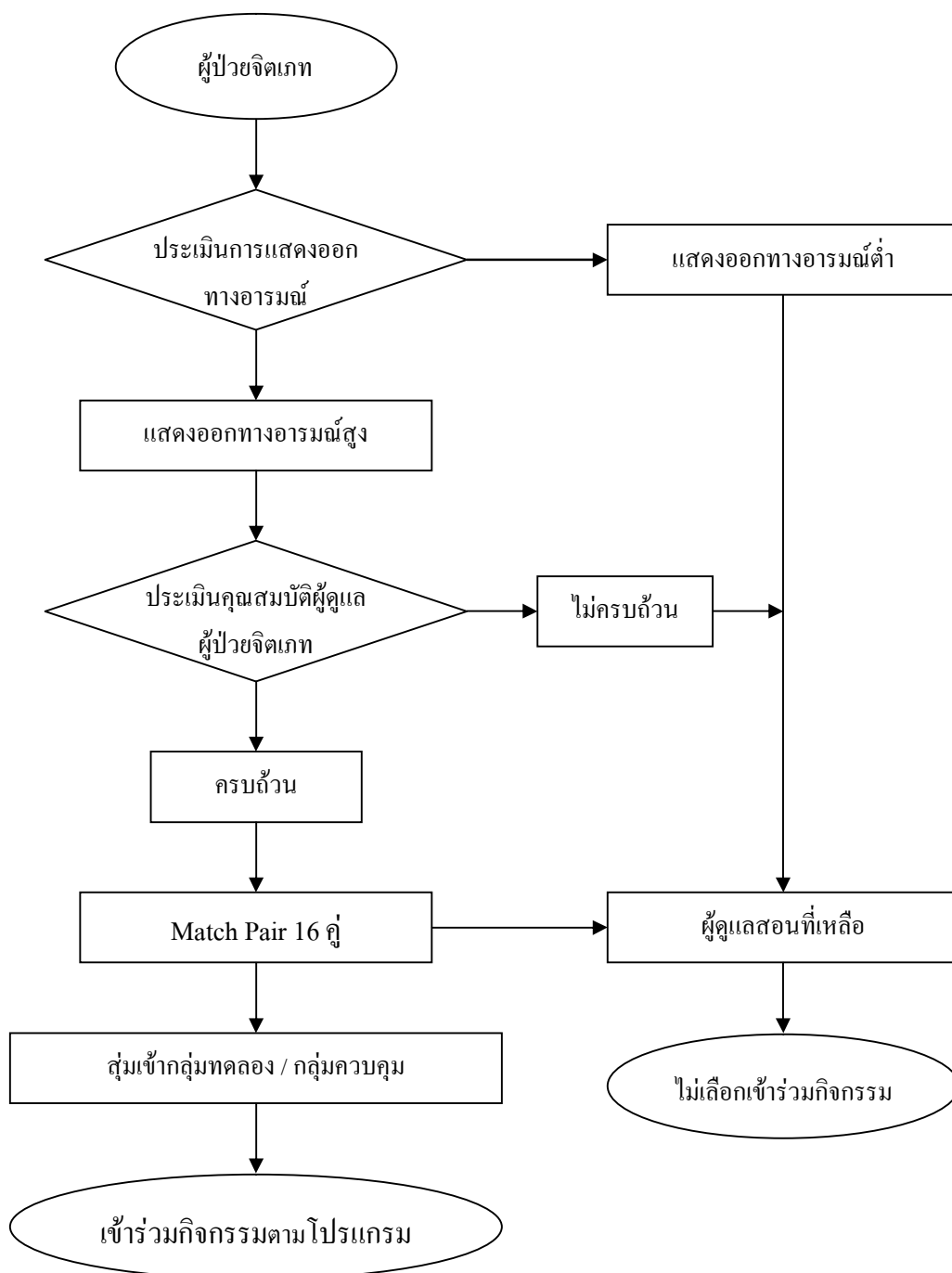
ผู้ดูแล คนที่	ระยะเวลาในการดูแล		ความเพียงพอของรายได้	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	มากกว่า 10ปี	มากกว่า 10ปี	เพียงพอ	เพียงพอ
2	มากกว่า 10ปี	มากกว่า 10ปี	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
3	มากกว่า 10ปี	มากกว่า 10ปี	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
4	มากกว่า 10ปี	มากกว่า 10ปี	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
5	2 ปี- 5ปี	2 ปี- 5ปี	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
6	มากกว่า 10ปี	มากกว่า 10ปี	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
7	6 ปี- 10 ปี	6 ปี- 10 ปี	เพียงพอ	เพียงพอ
8	6 ปี- 10 ปี	6 ปี- 10 ปี	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
9	มากกว่า 10ปี	มากกว่า 10ปี	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
10	6 ปี- 10 ปี	6 ปี- 10 ปี	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
11	6 ปี- 10 ปี	6 ปี- 10 ปี	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
12	2 ปี- 5ปี	2 ปี- 5ปี	เพียงพอ	เพียงพอ
13	มากกว่า 10ปี	มากกว่า 10ปี	เพียงพอ	เพียงพอ
14	มากกว่า 10ปี	มากกว่า 10ปี	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
15	2 ปี- 5ปี	2 ปี- 5ปี	เพียงพอ	เพียงพอ
16	2 ปี- 5ปี	2 ปี- 5ปี	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ

5. จากนั้นผู้ศึกษาจึงนัดครอบครัวกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม โปรแกรม ซึ่งแต่ละครอบครัว

ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ผู้ดูแล 1 คน และสมาชิกครอบครัว 1 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างใน
กลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 4 ครอบครัว

จากขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว สามารถสรุปเป็นแผนภูมิได้ดังนี้

แผนภูมิการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม



เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - 2.2 แบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.3 แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย
 - 3.1 แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา
 - 3.2 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิด ของ Anderson et al., (1980,1986) โดยมีขั้นตอนการใช้โปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980,1986) ร่วมกับสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท

1.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล โดยใช้แนวคิดของ Anderson et al. (1980,1986) และประยุกต์กระบวนการกลุ่มบำบัด ตามการศึกษา ของ จิราพร รักการ (2549) ประกอบด้วย กิจกรรม 6 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมแก่กลุ่มทดลองซึ่งแบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 4 ครอบครัว ทั้ง 4 กลุ่มจะได้รับการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ใช้เวลากิจกรรมละ 60-90 นาที โดยผู้วิจัยได้นำกระบวนการพัฒนาการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการกลุ่ม และ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว โดยผู้วิจัยพยายามเข้าหาครอบครัว ขอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคน ทำความรู้จักคุ้นเคยกับสมาชิกกลุ่ม และเมื่อสมาชิกกลุ่มเกิดความคุ้นเคยกัน มีความรู้สึกว่ามีเพื่อนที่เข้าใจ ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

สร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ครอบครัวเข้าใจพื้นฐานสัมพันธ์ภาพในครอบครัวตน ผู้ดูแลเข้าใจผลกระทบจากการเกิดการรับรู้ภาวะการดูแล และมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม มองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น ประกอบกับการที่สมาชิกมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจที่จะร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล

ระยะเวลา 90 นาที

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการเตือน และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา จะช่วยส่งผลให้ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว เข้าใจปัญหาการเจ็บป่วย รับรู้ข้อจำกัดของโรคจิตเภท มีความคาดหวังบนพื้นฐานความเป็นจริง นอกจากนี้ผู้ศึกษาจะยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว และทดลองฝึกปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลทั้งเชิงอัตนัยและปรนัยลดลง และผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจึงส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์สูงลดลงได้ และยังส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตัวให้อาการดีขึ้น ทั้งนี้ตลอดการดำเนินกิจกรรม จะส่งเสริมให้สมาชิกมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

การสะท้อนให้ผู้ดูแลรับรู้ระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของตน เข้าใจความหมาย ลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์สูงทั้ง 4 ลักษณะ ได้แก่ การเข้าไปรบกวนความเป็น

ส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท มีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท และการมีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท บอกสาเหตุ และผลกระทบของการแสดงออกทางอารมณ์สูง วิธีการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีความพร้อมที่จะทำความเข้าใจวิธีการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระและลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

วิธีการสื่อสารทางบวก เป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของผู้อื่น ซึ่งการเสริมทักษะด้านการสื่อสารแก่ผู้ดูแลช่วยลดการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ผู้ดูแลจึงควรเรียนรู้ทักษะการสื่อสารเชิงบวก และทำความเข้าใจผลเสียของการสื่อสารทางลบ นอกจากนี้ควร รู้จักเครือข่ายทางสังคมซึ่งจะช่วยทำให้เกิดการช่วยเหลือกันในกลุ่ม ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับประคับประคองจิตใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์ ดังนั้นจึงช่วยลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงได้

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ

ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม เพื่อให้ผู้ดูแลความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแล และ ให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม โดยมีการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการดูแลตลอดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม หากสมาชิกที่นำความรู้และทักษะดังกล่าวไปปฏิบัติ ได้มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จะได้รับข้อเสนอแนะจากสมาชิกด้วยกัน จะช่วยให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมที่ดีต่อกัน สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มที่ได้พัฒนาขึ้น จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ตามสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบแก้ไขให้มีความถูกต้องและสอดคล้องกับงานวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหา กิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1

1. ปรับวิธีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่ม จากการให้สมาชิกจับคู่ 2 ครอบครัว แล้วจึง มาสร้างสัมพันธภาพเป็นกลุ่ม แก้เป็นสร้างสัมพันธภาพในกลุ่มพร้อมกัน เพราะจะทำให้สมาชิกกลุ่มไม่สับสน

กิจกรรมที่ 2

1. ปรับรูปแบบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ซึ่งเดิมเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ที่เคยพบอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และบอกวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงนั้น ปรับเป็นให้ผู้ช่วยนำตัวอย่างยาที่รับประทานประจำมาให้ดู สมาชิกร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์การประสบกับอาการข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงนั้น และ ผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาตัวอย่างนั้นว่า หลัง

รับประธานแล้วมีอาการอย่างไร จะช่วยให้สมาชิกเข้าใจผลข้างเคียงของยาโรคลดไขมันได้ชัดเจนขึ้นและมีวิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการข้างเคียงได้อย่างเหมาะสม

2. ใบงานที่ 2/2 ปรับภาษาที่ใช้ให้เข้าใจง่ายขึ้น

- ข้อที่ 1 คำว่า เลื้อย แก้เป็น เชื่องช้า
 คำว่า เคยเกิด แก้เป็น เคยเกิดขึ้น
 คำว่า เกิดเป็นปัจจุบัน แก้เป็น เกิดขึ้นเป็นปัจจุบัน
 คำว่า ไม่เคยเกิด แก้เป็น ไม่เคยเกิดขึ้น

3. ใบงานที่ 2/3 ปรับภาษาที่ใช้ให้มีความหมายชัดเจน

ข้อที่ 2 คำว่า ไม่สนใจสิ่งต่างๆรอบข้าง แก้เป็น ไม่สนใจบุคคลหรือ
 สิ่งแวดล้อม

4. ใบความรู้ที่ 2/3 ปรับข้อความบางข้อความ ให้สอดคล้องกับใบงาน 2/3

คำว่า ไม่สนใจตนเอง ไม่สนใจแต่งตัว แก้เป็น ไม่สนใจทำกิจวัตร
 ประจำวัน

คำว่า สับสน งงๆ แก้เป็น งง สับสน

กิจกรรมที่ 3

1. ใบงานที่ 3/3 ปรับภาษาที่ใช้ให้มีความชัดเจนมากขึ้น

คำว่า มีหรือไม่ แก้เป็น มีหรือไม่อย่างไร

2. ใบความรู้ที่ 3/3 ข้อ 4 ตัดข้อความที่เขียนว่า สะสมตะกอนอารมณ์อยู่ร่ำไป
 เนื่องจากเป็นข้อความที่ใช้ภาษาพูด

กิจกรรมที่ 4 การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมอาจใช้ระยะเวลามากกว่าที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงตรวจสอบระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมอีกครั้งเมื่อนำกิจกรรมไปทดลองใช้ ซึ่งเมื่อนำกิจกรรมไปทดลองใช้แล้ว พบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมทุกกิจกรรม ภายในระยะเวลาที่กำหนดได้

กิจกรรมที่ 5 ปรับการใช้คำให้ถูกต้อง โดยใบงานที่ 5/2 คำว่า สถานการณ์ แก้เป็น ประสบการณ์

กิจกรรมที่ 6 ปรับรูปแบบการดำเนินกิจกรรมให้มีความชัดเจนมากขึ้น จากการให้สมาชิกทบทวนการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดในภาพรวม แก้ไขเป็น ให้สมาชิกทบทวนการดำเนินกิจกรรมครั้งละกิจกรรม

หลังปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และ สมาชิกครอบครัว ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 กลุ่ม ซึ่งมี 3 ครอบครัว ดำเนินกิจกรรมจนครบ 6 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ภายหลังจากทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มทั้ง 6 กิจกรรม พบว่าสมาชิกสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอควร แต่ผู้วิจัยต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มเข้าใจเพิ่มเติมแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ ระยะเวลาในการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำแบบวัดภาระในการดูแล ของ จิราพร รักการ (2549) มาใช้ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของนพรัตน์ ไชยชานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) โดยมีการประเมินภาระการดูแลทั้ง ภาระการดูแลเชิงอัตนัย และภาระการดูแลเชิงปรนัย รวม 24 ข้อ ดังนี้

1) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์จากการดูแล เช่นความรู้สึกเกินกำลัง ความรู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีย่อความทางบวกได้แก่ข้อ 10 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,11 และ 12

2) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลง ของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมทางสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด

การประเมินภาระการดูแล จะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งแบบวัดมีข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด ถึง น้อยที่สุด โดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	เท่ากับ 2 คะแนน	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	เท่ากับ 4 คะแนน	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน	เท่ากับ 1 คะแนน

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาการแต่ละประเภทแยกจากกัน และภาวะโดยรวมให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อคะแนนด้วย 1-5 คะแนนรวมทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาวะในการดูแลสำหรับเกณฑ์ค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของประคอง วรรณสูตร (2542) และ Best (1970) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.5-5.00	หมายถึง	มีภาวะในการดูแลมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49	หมายถึง	มีภาวะในการดูแลมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49	หมายถึง	มีภาวะในการดูแลปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49	หมายถึง	มีภาวะในการดูแลน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49	หมายถึง	มีภาวะในการดูแลน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ จิราพร รักการ (2549) ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al., (1985) โดยในการศึกษาของ จิราพร รักการ ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมเท่ากับ .88 และสามารถแยกเป็นรายด้าน คือภาวะเชิง ปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .92 และ .83 ตามลำดับ

ความเที่ยง (Reliability) แบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ จิราพร รักการ (2549) ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) โดย จิราพร รักการ ได้นำไปทดลอง

ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยงของแบบวัดภาวะการดูแลเท่ากับ .93

ผู้วิจัยได้คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบวัดภาวะการดูแล ซึ่งใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าภาวะเชิงอัตนัยมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .80 ภาวะเชิงปรนัยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 และภาวะโดยรวมมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

ส่วนที่ 3 แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ เป็นเครื่องมือวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท โดย Cold and Kazarian (1988) พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Left and Vaughn (1981) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์นี้ ได้รับการยอมรับ และมีผู้นำไปใช้งานวิจัย ดังจะเห็นได้จาก Kopelowicz et al. (2002) นำเครื่องมือ LEE มาเปรียบเทียบระดับการแสดงออกทางอารมณ์ ของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลชนชาติ Caucasians และพบว่า Mexican, N. S., Rae and Liddell (2011) นำเครื่องมือ LEE มาประยุกต์ให้วัยรุ่นชายและหญิงรวม 661 คน ประเมินความเครียดในครอบครัว โดยในการนำเครื่องมือวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์มาใช้ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ คือ Dr Shahe S. Kazarian ดังจดหมายการขออนุญาตของผู้วิจัยและการอนุญาตให้นำเครื่องมือมาใช้ (ในภาคผนวก ง) ซึ่งภายหลังได้รับอนุญาตให้ใช้และแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทยจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับอนุญาตฉบับภาษาอังกฤษมาพัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation ซึ่งเป็นเทคนิคในการแปลเครื่องมือดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนแรก แปลเครื่องมือต้นฉบับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จากนั้นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่สองแปลเครื่องมือฉบับภาษาไทยที่ถูกแปลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนแรก กลับไปเป็นภาษาอังกฤษ และ ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่สามตรวจสอบว่าฉบับที่แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญคนที่สอง นั้น มีความทัดเทียม หรือ สามารถสื่อความหมายได้คงเดิม กับต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษ หรือไม่เพียงใด และมีการปรับข้อความในฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญคนที่สาม เพื่อให้มีความสอดคล้องและตรงกับต้นฉบับมากที่สุด

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ตามความเป็นจริง ครอบคลุมการแสดงออกทางอารมณ์ใน 4 ลักษณะๆ ละ 15 ข้อ รวม 60 ข้อ ดังนี้

1) การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก (High level of intrusiveness) ได้แก่ ข้อ 1-15 เป็นข้อความทางบวก 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 13 และ 14 เป็นข้อความทางลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12 และ 15

2) การการตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสม (A highly emotional response to patient's illness) ได้แก่ ข้อ 16- 30 เป็นข้อความทางบวก 7 ข้อ ได้แก่ 16, 17, 19, 23, 24, 25 และ 27 เป็นข้อความทางลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18, 20, 21, 22, 26, 28, 29 และ 30

3) การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A negative attitude toward the patient's illness) ได้แก่ ข้อ 31- 45 เป็นข้อความทางบวก 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 33, 34, 36, 38, 41, 42, 43 และ 45 เป็นข้อความทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 31, 32, 35, 37, 39, 40 และ 44

4) การมีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท (A low level of tolerance and high expectations of client) ได้แก่ ข้อ 45- 60 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 46, 48, 49, 52, 53, 55, 56 และ 57 เป็นข้อความทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 47, 50, 51, 54, 58, 59 และ 60

การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ จะประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแล ซึ่งแบบประเมินมีลักษณะคำถาม ให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ใช่	เท่ากับ 0 คะแนน	เท่ากับ 1 คะแนน
ไม่ใช่	เท่ากับ 1 คะแนน	เท่ากับ 0 คะแนน

การคิดคะแนน โดยนำคะแนนทุกข้อที่ได้จากการประเมินมารวมกัน และมีการแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนน 0 - 8	หมายถึง	มีการแสดงออกทางอารมณ์ระดับต่ำ
คะแนน 9 - 60	หมายถึง	มีการแสดงออกทางอารมณ์ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ ที่ผ่านการตรวจสอบการแปล ด้วยวิธี Black Translation จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้ว ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ความเห็นตรงกันและสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป จำนวนได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 หรือ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ เท่ากับ .92 ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นแก้ดังนี้

1) การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก (High level of intrusiveness) ได้แก่

- ข้อที่ 1 เข้าใจฉันแม้ในบางเวลาที่ฉันไม่ต้องการพูด
 แก้เป็น เข้าใจว่าในบางเวลาฉันก็ไม่ต้องการที่จะพูดคุยกับใคร
- ข้อที่ 7 ทำให้ฉันรู้สึกถูกรอปรัง
 แก้เป็น ทำให้ฉันรู้สึกถูกรอปรัง ความคิด อารมณ์ความรู้สึก
- ข้อที่ 12 รุกล้ำเข้ามาในความเป็นส่วนตัวของฉัน
 แก้เป็น เข้ามายุ่งเรื่องส่วนตัวของฉัน
- ข้อที่ 15 รู้สึกผิดหวังเวลาที่ฉันตามความคิดเขาไม่ทัน
 แก้เป็น ผิดหวังไม่พอใจเมื่อฉันไม่สนใจเขา

2) การการตอบสนอง ทางอารมณ์ไม่เหมาะสม (A highly emotional response to patient's illness)

- ข้อที่ 16 สามารถทำให้ฉันรู้สึกดีขึ้นเวลาที่รู้สึกเศร้า
 แก้เป็น ทำให้ฉันรู้สึกดีขึ้นเมื่อฉันรู้สึกไม่ดี
- ข้อที่ 18 ระเบิดอารมณ์ เมื่อฉันรู้สึกไม่ค่อยสบาย
 แก้เป็น ระเบิดอารมณ์ใส่ฉันเมื่อฉันรู้สึกไม่ค่อยสบาย
- ข้อที่ 19 ไม่ตื่นเต้นตกใจเวลาที่สิ่งต่างๆเริ่มที่จะดำเนินไปในทางที่ไม่ถูกต้อง
 แก้เป็น ไม่ตื่นตระหนกเมื่อสิ่งต่างๆเริ่มที่จะผิดพลาด
- ข้อที่ 20 ไม่สามารถคิดอะไรตรงไปตรงมาได้เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น
 แก้เป็น ไม่สามารถคิดอะไรต่อไปได้เวลาที่มีความผิดพลาดเกิดขึ้น
- ข้อที่ 23 สามารถจัดการกับสถานการณ์ตั้งเครียดได้ดี
 แก้เป็น สามารถควบคุมตัวเองได้ในสถานการณ์ตั้งเครียด
- ข้อที่ 30 รู้สึกไม่พอใจเวลาทุกอย่างไม่เป็นอย่างที่ควรเป็น
 แก้เป็น หงุดหงิดเมื่อเห็นสิ่งต่างๆไม่ถูกไม่ควร

- 3) การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A negative attitude toward the patient's illness) ได้แก่
- ข้อที่ 31 พูดว่า ฉันไม่สามารถควบคุมตัวเองได้
 แก้เป็น บอกว่า ฉันไม่สามารถควบคุมตัวเองได้
- ข้อที่ 34 คอยให้กำลังใจฉันในการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นเวลาที่ฉันรู้สึกไม่สบาย
 แก้เป็น ให้กำลังใจฉันที่จะหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นเวลาที่ฉันรู้สึกไม่ดีหรือไม่สบาย
- ข้อที่ 36 ทำให้ฉันรู้สึกถึงคุณค่าความเป็นคน
 แก้เป็น ทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนที่มียุทธค่า
- ข้อที่ 37 พูดว่า ฉันสร้างปัญหาเพื่อดึงเขากลับมา
 แก้เป็น บอกว่าฉันสร้างปัญหาเพื่อดึงเขา(ญาติ)ให้กลับมาสนใจดูแล
- ข้อที่ 39 พูดว่า การขอความช่วยเหลือจากแพทย์/พยาบาลเป็นสิ่งไม่จำเป็น
 แก้เป็น ชอบพูดว่า ฉันไม่จำเป็นต้องแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาล
- ข้อที่ 44 มักจะตำหนิว่าฉันสร้างเรื่องขึ้นเอง เมื่อฉันรู้สึกไม่ค่อยสบาย
 แก้เป็น มักกล่าวหาว่า ฉันสร้างเรื่องขึ้นเอง เวลาที่ฉันรู้สึกไม่ดีหรือไม่สบาย
- 4) การมีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท (A low level of tolerance and high expectations of client)
- ข้อที่ 48 เข้าอกเข้าใจฉันดี
 แก้เป็น เข้าใจความคิดของฉัน
- ข้อที่ 50 ทำให้ฉันรู้สึกผิดหรือตกต่ำเวลาฉันไม่สามารถทำตามความคาดหวังของเขาได้
 แก้เป็น ทำให้ฉันรู้สึกแะเวลาที่ฉันไม่สามารถทำตามความคาดหวังของเขาได้
- ข้อที่ 52 เข้าใจถึงขีดจำกัดของฉัน
 แก้เป็น เข้าใจถึงข้อจำกัดของฉัน
- ข้อที่ 57 ถ้าฉันทำผิดพลาดก็พยายามทำความเข้าใจฉัน
 แก้เป็น พยายามเข้าใจเมื่อฉันทำผิดพลาด

ข้อที่ 60 คาดหวังให้ฉันมีความพยายามมากกว่าเดิมแม้ขณะนั้นฉันจะรู้สึกไม่ค่อยสบาย

แก้เป็น คาดหวังให้ฉันทำอะไรๆได้เหมือนเดิมแม้ว่าฉันรู้สึกไม่ค่อยดี

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทประเมินการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ จิราพร รักการ (2549) ได้พัฒนาขึ้น โดยศึกษาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ของ สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้

- 1) ความหมายของโรคจิตเภท จำนวน 1 ข้อ คือข้อ 1 เป็นข้อความทางบวก
- 2) อาการของโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทาง บวก ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6 และ 7 และข้อความทางลบได้แก่ ข้อ 3
- 3) สาเหตุของโรคจิตเภท จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทาง บวก ได้แก่ ข้อ 8, 9, 11 และ 12 และข้อความทางลบได้แก่ ข้อ 10
- 4) การดำเนินโรค จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีข้อความทาง บวก ได้แก่ ข้อ 14 และ ข้อความทางลบได้แก่ ข้อ 13
- 5) การรักษาโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทาง บวก ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17 และ 19 และข้อความทางลบได้แก่ ข้อ 18 และ 20
- 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีข้อความทาง บวก ได้แก่ ข้อ 21, 22, 24, 27, 28, 29 และ 30 และข้อความทางลบได้แก่ ข้อ 23, 25 และ 26

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ใช่	เท่ากับ 1 คะแนน	เท่ากับ 0 คะแนน
ไม่ใช่	เท่ากับ 0 คะแนน	เท่ากับ 1 คะแนน

การคิดคะแนนทำโดยนำคะแนนทุกข้อรวมกัน

เกณฑ์กำกับการทดลอง

ภายหลังการทดลองในกิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์กำกับการทดลองไว้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ปานิสรา เกษมสุข, 2551) จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี ถ้าคะแนนรวมไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย จะประเมินปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหาและกระบวนการดำเนินกิจกรรม จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ จิราพร รักการ (2549) พัฒนาขึ้นโดยศึกษาจากแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ของ สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Leftey (1987) ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .93

ความเที่ยง (Reliability) แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จิราพร รักการ (2549) ตรวจสอบโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 ราย นำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเตอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .80 ซึ่งถือว่ามีความเที่ยงสูง

ผู้วิจัยได้คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเตอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82

ส่วนที่ 2 แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นเครื่องมือที่ ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Jalowice (1983) ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 12 ข้อ

การคิดคะแนนแบ่งเป็น 2 ส่วนคือการเผชิญความเครียดทางบวกให้ค่าคะแนนทางบวกการเผชิญความเครียดทางลบ ดังนี้

ข้อความ		คะแนนทางบวก		คะแนนทางลบ
เป็นความจริงทั้งหมด	เท่ากับ	4 คะแนน	เท่ากับ	1 คะแนน
เป็นความจริงบ่อยครั้ง	เท่ากับ	3 คะแนน	เท่ากับ	2 คะแนน
เป็นความจริงน้อยครั้ง	เท่ากับ	2 คะแนน	เท่ากับ	3 คะแนน
ไม่เป็นความจริง	เท่ากับ	1 คะแนน	เท่ากับ	4 คะแนน

นำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย และแปลผลการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ดังนี้

3.50 - 4.00 หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเหมาะสมมาก

2.50 - 3.49 หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเหมาะสม

1.50 - 2.49 หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาไม่เหมาะสม

1.00 - 1.49 หมายถึง มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่ต้องปรับปรุง

เกณฑ์กำกับการทดลอง

ภายหลังการทดลองในกิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์กำกับการทดลองไว้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเฉลี่ย มากกว่า 2.5 ขึ้นไปจึงจะแสดงว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญความเครียดเหมาะสม ถ้าคะแนนเฉลี่ยไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย จะประเมินปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหาและกระบวนการดำเนินกิจกรรม จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) มาใช้ โดย ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร ดัดแปลงจาก แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของ ดวงรัตน์ แซ่เตียว ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Jalowich (1983) โดยในการศึกษาของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .80 และมีการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยได้มีการนำไปทดลองในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเที่ยงของแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เท่ากับ .74

ผู้วิจัยได้คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ .82

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

1. ระยะเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความรู้และฝึกทักษะในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม โดยได้ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาลจำนวน 3 หน่วยกิต และวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต โดยผู้วิจัยได้ทำการฝึกทักษะการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และ งานวิจัยร่วมกับการขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 เตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.3 ติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลบางระจัน เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางระจัน พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการเก็บข้อมูล แจ้งวันเวลา ในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการทดลอง

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และเป็นผู้สังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน โดยในกลุ่มทดลองจะนำผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรม ตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

1.5.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และประเมินระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลโดยประเมินจากการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

1.5.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และประเมินระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลโดยประเมินจากการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 การดำเนินการกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2.1.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลจัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ได้แก่ การให้คำแนะนำรายบุคคลและรายกลุ่มตามสภาพปัญหาของผู้ดูแล การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2.1.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ละครั้งๆละ 60-90 นาทีจนครบ 6 ครั้ง โดยแบ่งสมาชิกกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 4 ครอบครัว ดำเนินกิจกรรมดังตาราง ดังนี้

ตารางที่ 3 การดำเนินการตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

กิจกรรม	วัน/เวลาดำเนินการ			
	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	กลุ่มที่ 4
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจ	จันทร์ที่ 14 พ.ย.54	อังคารที่ 15 พ.ย.54	พุธที่ 16 พ.ย.54	พฤหัสบดี 17 พ.ย.54
กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิต เภทและฝึกทักษะการดูแล	จันทร์ที่ 21 พ.ย.54	อังคารที่ 22 พ.ย.54	พุธที่ 23 พ.ย.54	พฤหัสบดี 24 พ.ย.54
กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับ อารมณ์และการแสดงออกทาง อารมณ์อย่างเหมาะสม	จันทร์ที่ 28 พ.ย.54	อังคารที่ 29 พ.ย.54	พุธที่ 30 พ.ย.54	พฤหัสบดี 1 ธ.ค.54
กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญ ความเครียดที่มีประสิทธิภาพ	อังคารที่ 6 ธ.ค.54	พุธที่ 7 ธ.ค.54	พฤหัสบดี 8 ธ.ค.54	ศุกร์ที่ 9 ธ.ค.54
กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและ แสวงหาแหล่งสนับสนุนทาง สังคม	อังคารที่ 13 ธ.ค.54	พุธที่ 14 ธ.ค.54	พฤหัสบดี 15 ธ.ค.54	ศุกร์ที่ 16 ธ.ค.54
กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมสรุปและทบทวนการ ดำเนินการที่ผ่านมา	จันทร์ที่ 19 ธ.ค.54	อังคารที่ 20 ธ.ค.54	พุธที่ 21 ธ.ค.54	พฤหัสบดี 22 ธ.ค.54

โดยมีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก สร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก และสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว
2. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. แสดงสัมพันธภาพ ที่ดีต่อผู้วิจัย สมาชิกกลุ่ม และ ครอบครัว
2. บอกลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัว ได้
3. บอกวิธีการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวได้
4. ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว โดยผู้วิจัยพยายามเข้าหาครอบครัว ยอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคน ทำความรู้จักคุ้นเคยกับสมาชิกกลุ่ม และเมื่อสมาชิกกลุ่มเกิดความคุ้นเคยกัน มีความรู้สึกว่ามีเพื่อนที่เข้าใจ ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

สร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ครอบครัวเข้าใจพื้นฐานสัมพันธภาพในครอบครัวตน ผู้ดูแลเข้าใจผลกระทบจากการเกิดการรับรู้การดูแล และมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตามบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม มองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้อีกขึ้น ประกอบกับการที่สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจที่จะร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 เพื่อนของฉัน
2. ใบงานที่ 1/2 ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวเราและการแปลผลสัมพันธภาพในครอบครัว
3. ใบงานที่ 1/3 วิธีสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว
4. ใบงานที่ 1/4 ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. ใบความรู้ที่ 1/1 วิธีสัมพันธภาพในครอบครัวและคุณค่าของสัมพันธภาพ
6. ใบความรู้ที่ 1/2 การรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ใบความรู้ที่ 1/3 บทบาทของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท
8. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
9. สมุดการบ้าน สอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

สมาชิกให้ความร่วมมือในการมาเข้าร่วมกิจกรรมอย่างพร้อมเพรียง ตามที่ผู้วิจัยได้นัดหมายไว้ โดยสมาชิกแต่ละครอบครัว จะมาพร้อมๆกัน โดยในช่วงแรกๆที่สมาชิกยังไม่รู้จักกัน สมาชิกบางคนไม่กล้าพูดหรือแสดงความคิดเห็นมากนัก ผู้วิจัยต้องคอยกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วม แต่เมื่อสมาชิกได้รู้จักกันมากขึ้น จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลในใบงานที่ 1/1 สมาชิกเริ่มคุ้นเคยกัน เห็นได้จากการที่สมาชิก มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เช่น ถามสมาชิกด้วยกันว่า

“บ้านอยู่แถวไหน”

“ลูกป่วยมานานหรือยัง”

ผลการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับ ดีปานกลาง และไม่ดี ร้อยละ 31.25 และ 68.75 ตามลำดับ ซึ่ง พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่ยอมรับว่าลักษณะสัมพันธภาพของครอบครัวตนเป็นตามผลการประเมิน ดังเช่นครอบครัวหนึ่ง ผลการประเมินพบว่า ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพไม่ดี ได้พูดว่า

“ฉันทำนา กว่าจะกลับบ้านก็เกือบมืด ต้องไปหุงหาอาหารอีก หมดงานก็หมดแรงแล้ว ไม่มีเวลามาถามสารทุกข์สุกดิบกันหรอก”

“บางครั้งก็ไม่อยากคุยกับเขาหรอก กลัวว่าเขาจะอารมณ์ไม่ดีใส่ฉัน”

“ฉันกับแม่จะขัดกันบ้าง เพราะแม่ชอบพูดซ้ำแซะ”

เมื่อให้สมาชิกได้ทบทวนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่าสมาชิกต่างคนต่างมีบทบาทของตน หากพบว่าคนในครอบครัวไม่ทำหน้าที่ ก็มักมีการบ่นว่ากัน หรือบางคนก็ไม่พูดออกมาแต่รู้สึกไม่พอใจ และพบว่าส่วนใหญ่มัก ไม่พูดชมเชยกัน รู้สึกเป็นเรื่องแปลกถ้ามาพูดชมกันเองในครอบครัว

เมื่อผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ผลของการมีสัมพันธภาพไม่ดีต่อกัน สมาชิกมีความสนใจ การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวมากขึ้น เข้าใจและมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพมากขึ้น เห็นได้จากคำบอกเล่า เมื่อครอบครัวได้มาเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 และคำตอบที่ผู้ดูแลได้ตอบ ในสมุดการบ้าน “อืมให้กัน” “ช่วยกันทำอาหาร” “เข้าใจกันมากขึ้น”

เมื่อสอบถามความรู้สึกของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจะทั้งส่วนที่รู้สึกดี และรู้สึกไม่ดี เช่น

“รู้สึกดีเวลาที่เขาเชื่อฟังเรา”

“ถ้าเขาไม่มีอาการกำเริบเราก็มักมีกำลังใจทำงาน”

“ถ้าเขาอาการดี เขาช่วยทำทุกอย่าง ปลูกผัก รดน้ำต้นไม้ได้ ลูกคนโตฉันยังไม่ขยันเท่าเขาเลย”

“ถ้าบอกให้เขาทำอะไรแล้วเขาไม่ทำ ก็รู้สึกผิดหวัง บางครั้งก็ท้อใจ”

“ถ้าอาการกำเริบเมื่อไร ผมก็รู้สึกอายคนแถวบ้านไม่อยากไปคุยกับใคร”

เมื่อสมาชิกได้แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้สรุปความรู้สึกของผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวว่ามีทั้งความรู้สึกที่ดี และไม่ดี ซึ่งความรู้สึกที่ไม่ดี เป็นผลมาจากการรับรู้ภาระจากการดูแล ส่งผลให้ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกัน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลมีอาการกำเริบได้ หากสมาชิกครอบครัวได้เรียนรู้วิธีการที่ช่วยลดการรับรู้ถึงความเป็นภาระที่เกิดขึ้น ก็จะช่วยให้ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และจะช่วยให้ครอบครัวแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมต่อกัน ก็จะช่วยลดอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทได้ สมาชิกกลุ่มจึงเห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลและเกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังคำพูดของผู้ดูแล

“ หากผมรู้วิธีช่วยเขามากกว่านี้ คงช่วยเขาได้มากขึ้น ”

“ บางครั้งเราก็เครียดซะเอง ก็อยากจะช่วยเขาแต่ไม่รู้จะทำอย่างไร ถ้าารู้วิธี ช่วยเหลือกัน มันก็ดีต่อทุกคนในบ้านนั่นแหละ”

จากการสังเกตพฤติกรรมและความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าว จึงเห็นได้ว่าสมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจถึงลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัวตนเองได้ เมื่อผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของครอบครัว ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิก มีความรู้องค์ความรู้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิก สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถ

1. บอกสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้
2. บอกอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภทและวิธีการดูแลเบื้องต้นได้
3. บอกลักษณะอาการเตือนและการจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนได้

4. บอกลักษณะ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและวิธีการจัดการได้
5. มีทักษะในการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา อาการเตือน และพฤติกรรมที่

เป็นปัญหา

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา อาการเตือน และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา จะช่วยส่งผลให้ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว เข้าใจปัญหาการเจ็บป่วย รับผิดชอบต่ออาการของโรคจิตเภท มีความคาดหวังบนพื้นฐานความเป็นจริง นอกจากนี้ผู้ศึกษาจะยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว และทดลองฝึกปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้การระแวดระวังอันตรายและปรับลด และผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจึงส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์สงบลงได้ และยังส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตัวให้อาการดีขึ้น ทั้งนี้ตลอดการดำเนินกิจกรรม จะส่งเสริมให้สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. ใบงานที่ 2/2 อาการข้างเคียงจากรักษาโรคจิตเภท
4. ใบงานที่ 2/3 การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท
5. ใบงานที่ 2/4 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
6. ใบงานที่ 2/5 สถานการณ์จำลองที่อาจเกิดขึ้นในครอบครัว
7. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
10. ใบความรู้ที่ 2/2 ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิตเภท
11. ใบความรู้ที่ 2/3 อาการเตือนที่พบบ่อย
12. ใบความรู้ที่ 2/4 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ
13. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
14. สมุดการบ้าน
15. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ ผลการประเมินพบว่า

เมื่อผู้วิจัยได้เกริ่นนำถึงความสำคัญของการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และให้ครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภท 4 เรื่องได้แก่ 1) สาเหตุ อาการ และการรักษา 2) อาการข้างเคียงจากยาและการช่วยเหลือ 3) อาการเตือน และ 4) การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สมาชิกให้ความสนใจและมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ทั้ง 4 กิจกรรม ดังนี้

1) สาเหตุ อาการ และการรักษา

สาเหตุ: เมื่อผู้วิจัยสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท พบว่า บางครอบครัวสามารถบอกสาเหตุของโรคจิตเภทได้ เช่น “เมื่อก่อนเขาใช้สารเสพติด” แต่ สมาชิกบางครอบครัวไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรค เช่น บอกว่า

“เมื่อก่อนเขาไปทำงานโรงงานทอผ้า ไปได้ปีกว่าๆ ก็เริ่มมีอาการ เห็นเพื่อนเขาบอกว่าไปโดนของมา”

“เกิดจากประจำเดือนมันอื่น ไม่มาตามปกติ”

อาการ: เมื่อถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภท ผู้ดูแลส่วนใหญ่ สามารถตอบลักษณะอาการที่พบได้ โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มีอาการ พูดคนเดียว พูดรำ หรือ บางครั้งก็ไม่พูด นอนไม่หลับ อารมณ์หงุดหงิด เดินไปเดินมา หลงผิดคิดว่าตนสามารถสื่อสารกับเทวดาได้ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“เขาจะจดเนื้อเพลงที่เคยได้ยินมา จดซ้ำๆเหมือนเดิม เป็นเล่มๆเลย”

“เขาจะด่าคนข้างบ้าน หว่าเขาโกงเงิน ”

การรักษา: เมื่อถามถึงประสบการณ์ด้านการรักษา พบว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตจากโรงพยาบาลบางระจัน ซึ่งเดิมเคยรักษาจากโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชมาก่อน ผู้ป่วยบางรายเคยได้ร่วมกิจกรรมกลุ่มจากโรงพยาบาลเฉพาะทาง

เมื่อผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการรักษาโรคจิตเภท พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ มีความสนใจข้อมูลที่ได้รับเพิ่มเติม เช่น

“คิดทางกรรมพันธุ์ได้ แสดงว่าหลานฉันก็มีโอกาสคิดไข้ไหม”

“ที่แรกผมคิดว่าการมาคุยกันเป็นกลุ่มแบบนี้ เพราะโรงพยาบาลต้องการทราบข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติม เพิ่งรู้รับว่าการมาพูดคุยกัน เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทได้”

2) อาการข้างเคียงจากยาและการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษาโดยใช้ ยากิน บางรายต้องฉีดยาเดือนละ 1 ครั้ง อาการข้างเคียงที่พบบ่อยสุดได้แก่ อาการง่วงนอน ไม่สามารถทำงานได้ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา บางรายปรับยา ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก

“กินเข้าไปแล้วหนูจะคอแห้งมาก เลยไม่ยอมกิน แมื่อก็ชอบมาคะยั้นคะยอให้หนูกินยา”

“จะง่วงนอนทั้งวันไม่อยากทำอะไรเลย”

“เราจะสั้นๆ”

เมื่อผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตและการดูแลเบื้องต้น พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ มีความสนใจข้อมูลเพิ่มเติม ดังคำพูดที่ว่า

“เมื่อก่อน ฉันนึกว่าเขาจี้เกียจ ไม่รู้หรือกว่าไอ้ที่เขาเนือๆ เป็นอาการข้างเคียงจากยา ”

“นึกว่าอาการซึมๆจะเป็นแต่ลูกฉัน คนอื่นก็เป็นเหมือนกัน ”

“ เมื่อเรารู้วิธีดูแลอาการที่เกิดจากยาแล้ว ต่อไปจะได้ดูแลกันมากขึ้น”

3) อาการเตือน เมื่อสมาชิกได้มีโอกาสพบทบทวนประสบการณ์ เกี่ยวกับอาการเตือน ก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการกำเริบ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถบอกถึงลักษณะอาการเตือนที่เกิดขึ้นก่อนจะมีอาการกำเริบ เช่น

“ ถ้าจะมีอาการเมื่อไรก็สังเกตได้เลยว่า จะไม่หลับไม่นอน โกรธทักก็ไม่พูด ”

“ ของฉันสังเกตไม่อยากหกรอก ถ้าเริ่มถึงเมื่อไรละก็ เตรียมใจไว้ได้เลย เดี่ยวก็ต้องมาไปโรงพยาบาล”

เมื่อผู้วิจัยสอบถามวิธีการดูแลเบื้องต้น พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มักยังไม่ทราบวิธีการดูแลเบื้องต้น โดยมักปล่อยให้อาการกำเริบอย่างชัดเจนจึงจะพามาพบแพทย์ แต่เมื่อสมาชิกได้เรียนรู้วิธีดูแลเมื่อเกิดอาการเตือน สมาชิกสนใจฟัง เข้าใจวิธีการดูแลมากขึ้น

4) การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เมื่อสมาชิกได้มีโอกาสพบทบทวนประสบการณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถบอกถึงลักษณะอาการเตือนที่เกิดขึ้นก่อนจะมีอาการกำเริบ เช่น

“ บางครั้งก็รู้สึกหนักใจบ้าง เวลาที่เขาไม่ยอมหลับไม่ยอมนอน ฉันเองก็สุขภาพไม่ดี พล่อยอดนอนไปกะเขาด้วย ”

“ ผมว่าถ้าเรายิ่งไปหงุดหงิดใส่เขา ก็จะยิ่งทำให้เขายิ่งต่อต้านเรามากขึ้น เราจะต้องค่อยพูดค่อยจากับเขา คอยช่วยเหลือเขาบ้าง”

เมื่อผู้วิจัยสอบถามวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มักใช้วิธีพยายามพูด ให้ผู้ป่วยรับประทานยา ยังไม่ทราบวิธีการดูแลเบื้องต้น โดยมักปล่อยให้อาการกำเริบอย่างชัดเจนจึงจะพามาพบแพทย์ แต่เมื่อสมาชิก ได้เรียนรู้วิธีดูแลเมื่อเกิดอาการเตือน สมาชิกสนใจฟัง เข้าใจวิธีการดูแลมากขึ้น

จากการสังเกตพฤติกรรมและความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าว จึงเห็นว่าสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์สูง และผลกระทบจากการแสดงออกทางอารมณ์สูง
2. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ

1. บอกระดับการแสดงออกทางอารมณ์ ในครอบครัวได้
2. บอกสาเหตุและผลกระทบของผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง
3. บอกวิธีการควบคุมอารมณ์
4. มีทักษะในการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

การสะท้อนให้ผู้ดูแลรับรู้ระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของตน เข้าใจความหมาย ลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์สูงทั้ง 4 ลักษณะ ได้แก่ การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท มีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท และการมีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท บอกสาเหตุ และ ผลกระทบของการแสดงออกทางอารมณ์สูง วิธีการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีความพร้อมที่จะทำความเข้าใจวิธีการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 ผลการประเมินระดับการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแล
2. ใบงานที่ 3/2 ผลกระทบการแสดงออกทางอารมณ์สูง
3. ใบงานที่ 3/3 ประสิทธิภาพการควบคุมอารมณ์

4. ใบงานที่ 3/4 การฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์และแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
5. ใบความรู้ที่ 3/1 ความหมายและลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์สูง
6. ใบความรู้ที่ 3/2 สาเหตุและผลกระทบของการแสดงออกทางอารมณ์สูง
7. ใบความรู้ที่ 3/3 การควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
8. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
9. สมุดกรบ้าน
10. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

ผู้ดูแลรับรู้และยอมรับถึงผลการประเมินระดับการแสดงออกทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยจิตเภทได้ประเมินไว้ ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้อธิบายสาเหตุเพิ่มเติมว่า

“ที่ต้องพูดคุย ซักถามเขา ก็เพราะเป็นห่วงเขา”

“ผมทำงานก็เหนื่อยแล้ว อยากให้เขาหยุดพริบปากบ้าง ก็เลยต้องดุกันบ้าง”

เมื่อถามถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น แต่ละครอบครัวสามารถตอบผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมดที่เกิดจากผู้ดูแลเอง และผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภท ดังเช่น

“รู้สึกไม่พอใจ และหงุดหงิดทุกครั้ง ที่แม่ชอบพูดซ้ำๆ”

“ฉันบ่นเขา ฉันก็เครียดเอง ใจคอไม่ดี”

แต่เมื่อผู้วิจัยได้อธิบายสาเหตุ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลแสดงออกทางอารมณ์สูง รวมถึงวิธีการควบคุมอารมณ์และแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ก็ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและสามารถฝึกปฏิบัติในการควบคุมอารมณ์ ในสถานการณ์ที่อาจทำให้เกิดความขัดแย้งได้

“ถ้าเขาบอกกับเราว่ากินยาแล้ว แต่กลับเอายาไปซ่อนไว้ เราต้องเข้าใจก่อนว่ายามันทำให้เขาง่วงซึมจริง เราต้องบอกให้เขาเข้าใจผลดีของการกินยา”

“ถ้ารู้ว่าซุกยา ต่อไปผมคงต้องสละเวลามาอยู่ใกล้ๆแม่ จะได้ช่วยให้ได้กินยาจริงๆ”

จากการสังเกตพฤติกรรมและความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าว จึงเห็นได้ว่าสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจลักษณะ สาเหตุ และผลกระทบของการแสดงออกทางอารมณ์สูง อีกทั้งมีความเข้าใจ วิธีการจัดการกับอารมณ์ และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม มีความมั่นใจที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการผ่อนคลายความเครียดในชีวิตประจำวัน ได้อย่างเหมาะสม ใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกสามารถ

1. บอกระดับความเครียดของตนเองได้
2. บอกถึงสาเหตุ และ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้
3. บอกวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้
4. มีทักษะในการจัดการกับความเครียดได้

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้นักคลมมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้นักคลมมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระและลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- | | |
|---------------------|---|
| 1. ใบงานที่ 4/1 | แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง |
| 2. ใบงานที่ 4/2 | สาเหตุและอาการของความเครียด |
| 3. ใบงานที่ 4/3 | ประสบการณ์การจัดการกับความเครียด |
| 4. ใบความรู้ที่ 4/1 | สาเหตุ และอาการของความเครียด |
| 5. ใบความรู้ที่ 4/2 | การจัดการกับความเครียด |
| 6. ใบความรู้ที่ 4/3 | การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด |

7. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
8. สมุดการบ้าน
9. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

จากการที่สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย

“เวลาฉันไปไหน มาไหนฉันก็คุยเฮฮาไปกับเขา แต่ในใจลึกๆ ไม่มีใครรู้หรือกฉันก็เครียดเหมือนกัน”

เมื่อผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกเล่าถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียด เป็นเรื่องอุปสรรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ เช่น ปลูกข้าวแล้วได้ผลผลิตน้อย การไม่มีเงินทุนในการประกอบอาชีพ อีกทั้งปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลเอง ดังต่อไปนี้

“อยากให้เขาดูแลตัวเองได้ ฉันเองก็ไม่ค่อยดี ขาจะไปไม่ไหวแล้ว”

“เวลาเขาจะซื้ออะไร ห้ามเขาก็ไม่ได้ บางทีมีแล้วก็ยังซื้อ ตัวฉันเองประหยัดแทบตาย”

หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการและวิธีการจัดการกับความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเอง และให้สมาชิกฝึกปฏิบัติตาม พบว่าสมาชิกให้ความสนใจมาก เมื่อผู้วิจัยให้สมาชิกสาธิตย้อนกลับ ก็สามารถสาธิตได้ถูกต้อง

หลังจากดำเนินกิจกรรมนี้แล้ว สมาชิกได้แสดงความรู้สึกว่า “รู้สึกโล่งดีจัง” และได้ชื่นชมว่าเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์

จากการสังเกตพฤติกรรมและความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าว จึงเห็นได้ว่าสมาชิกมีความเข้าใจสาเหตุ และอาการของความเครียด อีกทั้งมีความเข้าใจ และสามารถคลายเครียดด้วยตนเองได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกสามารถ

1. บอกผลกระทบของการสื่อสารทางลบได้
2. บอกวิธีการสื่อสารทางบวกได้
3. เลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง
4. บอกชื่อแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้

สาระสำคัญ

วิธีการสื่อสารทางบวก เป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของคนอื่น ซึ่งการเสริมทักษะด้านการสื่อสารแก่ผู้ดูแลช่วยลดการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ผู้ดูแลจึงควรเรียนรู้ทักษะการสื่อสารเชิงบวก และทำความเข้าใจผลเสียของการสื่อสารทางลบ นอกจากนี้ควรรู้จักเครือข่ายทางสังคมซึ่งจะช่วยทำให้เกิดการช่วยเหลือกันในกลุ่ม ซึ่งจะส่งผลต่อการประคับประคองจิตใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์ ดังนั้นจึงช่วยลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5/1 สถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ”
2. ใบงานที่ 5/2 ประสพการณ์การสื่อสารทางบวก
3. ใบงานที่ 5/3 แหล่งสนับสนุนทางสังคม
4. ใบความรู้ที่ 5/1 ผลกระทบของการสื่อสารทางลบ
5. ใบความรู้ที่ 5/2 การสื่อสารทางบวก
6. ใบความรู้ที่ 5/3 ระบบสนับสนุนทางสังคม
7. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
8. สมุดการบ้าน
9. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

จากการที่สมาชิกได้ พิจารณาสถานการณ์จำลอง เกี่ยวกับการสื่อสารเชิงลบ พบว่าสมาชิกสามารถวิเคราะห์ ผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์จำลองดังกล่าวได้ สมาชิกส่วนใหญ่มีส่วนร่วม

ในการยกตัวอย่างสถานการณ์เชิงบวกในครอบครัว และมีความปรารถนาที่ให้ทุกคนในครอบครัว แสดงการสื่อสารเชิงบวกต่อกัน ดังตัวอย่างความเห็นดังต่อไปนี้

“วันไหนถ้าคนในบ้าน หงุดหงิดซะ 1 คน คนอื่นก็ไม่มีความสุข แล้วก็จะกระทบไปหมดนั่นแหละ”

“อยากให้แม่พูดกับผมดี ๆ”

“แค่ฉันเห็นเขายิ้มให้ฉันบ้าง ฉันก็ดีใจ”

“ถ้าทุกคนในบ้านพูดจากันดีๆ เข้าใจกันและกัน ผมว่าจะช่วยลดปัญหาในบ้านไปทั้งหมดนั่นแหละ ”

นอกจากนี้ผู้วิจัยให้สมาชิกได้เล่าถึงแหล่งความช่วยเหลือในชุมชน ซึ่งพบว่าเมื่อสมาชิกมีปัญหาสุขภาพเล็กน้อยๆ ก็จะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และกรณีที่ไม่มียารักษาโรงพยาบาล บางครอบครัวจะเลือกใช้บริการสาธารณสุขกรณีฉุกเฉินด้วยการโทรศัพท์ 1669 บางครอบครัวเคยใช้บริการจากองค์การบริหารส่วนตำบลที่ดูแลในพื้นที่

เมื่อผู้วิจัยได้แนะนำให้สมาชิกได้รู้จัก ผู้นำกลุ่มบางระจันพัฒนา ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัว ซึ่งโรงพยาบาลบางระจันจัดตั้งขึ้น เพื่อเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยผู้นำกลุ่มบางระจันพัฒนาได้เล่าถึงวัตถุประสงค์การจัดตั้งกลุ่ม และยกตัวอย่างกิจกรรมที่ดำเนินในกลุ่ม นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มบางระจันพัฒนาได้ให้ข้อมูลสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยจิตเวชในการขอรับการช่วยเหลือด้านสังคมเศรษฐกิจจากหน่วยงานภาครัฐ จึงทำให้สมาชิกกลุ่มบางคนมีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยได้ซักถามถึงวันเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม

จากการสังเกตพฤติกรรมและความคิดเห็นของกลุ่มดังกล่าว จึงเห็นได้ว่าสมาชิกมีความเข้าใจ ผลกระทบจากการสื่อสารทางลบ เข้าใจวิธีการสื่อสารทางบวกและมีทักษะการสื่อสารทางบวก อีกทั้งได้รู้จักแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเกิดความมั่นใจในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวัน
2. เพื่อประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม ที่ 6 สมาชิกสามารถ

1. บอกลักษณะการสื่อสารเชิงบวกที่เกิดขึ้นในครอบครัว

2. ทบทวนความรู้และทักษะที่สำคัญในแต่ละกิจกรรมได้
3. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติที่บ้าน

สาระสำคัญ

ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม เพื่อให้ผู้ดูแลความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแล และให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม โดยมีการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการดูแลตลอดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม หากสมาชิกที่นำความรู้และทักษะดังกล่าวไปปฏิบัติ ได้มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จะได้รับข้อเสนอแนะจากสมาชิกด้วยกัน จะช่วยให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมที่ดีต่อกัน สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 6 ประสบการณ์การนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวัน
2. ใบความรู้ที่ 6 สรุปบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. แบบประเมินภาระการดูแล และแบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. สมุดการบ้าน
6. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

เมื่อผู้วิจัยให้สมาชิกได้ทบทวนการดำเนินกิจกรรมในทุกกิจกรรมที่ผ่านมา พบว่าสมาชิกได้ร่วมกันทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรม โดยพบว่าสมาชิกมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรม

สำหรับกิจกรรมที่สมาชิกส่วนใหญ่พึงพอใจมากที่สุดคือ กิจกรรมการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับประสบการณ์ที่ทำให้สมาชิกไม่พึงพอใจ มีสมาชิกให้ความเห็น 2 ครอบครัว คือ การแนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคม สมาชิกต้องการให้เชิญตัวแทนของแต่ละแหล่งเข้าร่วมกิจกรรมด้วย สมาชิกจะได้มีความมั่นใจในการติดต่อขอความช่วยเหลือมากขึ้น

ภายหลังจากที่สมาชิกได้ดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรมแล้ว ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลประเมินภาระการดูแล และให้ผู้ดูแลประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

2.2 การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 โดยขอให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การที่ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 เนื่องจากข้อความในแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม โดยแสดงผลการกำกับการทดลอง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

คนที่	คะแนนความรู้	ร้อยละ
1	28	91.33
2	26	86.66
3	27	90.00
4	26	86.66
5	27	90.00
6	27	90.00
7	29	96.66
8	29	96.66
9	28	91.33
10	29	96.66
11	28	91.33
12	25	83.33
13	27	90.00
14	30	100.00
15	28	91.33
16	29	96.66

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30

คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 25 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 83.33 ซึ่งจัดว่า
หลังใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีคะแนนเฉลี่ย
ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่ม
ทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

คนที่	คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียด	ระดับ
1	3.67	เหมาะสมมาก
2	2.75	เหมาะสม
3	2.67	เหมาะสม
4	2.67	เหมาะสม
5	3.08	เหมาะสม
6	3.16	เหมาะสม
7	3.33	เหมาะสม
8	3.25	เหมาะสม
9	2.75	เหมาะสม
10	2.83	เหมาะสม
11	2.67	เหมาะสม
12	2.67	เหมาะสม
13	3.41	เหมาะสม
14	3.58	เหมาะสมมาก
15	3.08	เหมาะสม
16	3.58	เหมาะสมมาก

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ย
สูงสุดเท่ากับ 3.58 อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.67 อยู่ในระดับ
เหมาะสม ซึ่งจัดว่าหลังใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุก
คนมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา คือ มากกว่า 2.5 คะแนน (ในระดับ
เหมาะสม) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

3. ระยะประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ในสัปดาห์ที่ 6 หลังจากดำเนินกิจกรรมที่ 6 เสร็จสิ้นทันที โดยให้ตอบแบบสอบถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการแสดงออกทางอารมณ์สูง ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ และวัดทันทีเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ทั้งนี้ในการวัดการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะวัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท

1. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

1.1 ผู้วิจัยประเมินภาระการดูแลและระดับการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนทดลอง 1 สัปดาห์ (pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินภาระการดูแลและแบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์

1.2 ภายหลังจากตอบแบบประเมินภาระการดูแลและแบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ในสัปดาห์ถัดไปให้ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์

1.3 ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับทดลองทันที โดยวัดการความรู้ และวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.4 เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือสัปดาห์ที่ 6 ในกิจกรรมสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยทำแบบประเมินภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลการศึกษาในระยะเวลาที่แตกต่างกันไป เห็นได้จาก จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง รวม 5 ครั้ง ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมครบแล้ว 2 สัปดาห์ จึงประเมินภาระการดูแล

ซึ่งผลการศึกษพบว่าภายหลังจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และหลังการทดลองพบว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่า ชีระ ลีลานันทกิจ, พิเชฐ อุดมรัตน์, และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ (2542) ได้ศึกษาผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย : เปรียบเทียบหนึ่งปีก่อนและหลังเริ่มโครงการโดยติดตามการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยทุกคน (54 คน) ที่ญาติเข้าร่วมโครงการในระยะ 1 ปี หลังจากญาติเข้ารับการอบรมแล้วนำไปเปรียบเทียบกับช่วงระยะเวลา 1 ปี ก่อนที่ญาติจะมาเข้าอบรม จึงเห็นได้ว่าในการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมาใช้ในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีการประเมินผลการดูแล ที่ระยะเวลาแตกต่างกัน แต่เนื่องจากผู้วิจัยพบว่า González et al. (2010) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยวัดการแสดงออกทางอารมณ์ โดยให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแล 8 ครั้ง (เดือนละ 2 ครั้ง 4 เดือน) แล้วประเมินภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมทันที การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาที่ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความใกล้เคียงการงานวิจัยชิ้นนี้มาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกประเมินภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมทันที

1.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์

ข้อมูล

2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะการดูแลและระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ (pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินภาวะการดูแลและระดับการแสดงออกทางอารมณ์ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท

2.2 ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่าจะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงอีกครั้ง ในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติที่หน่วยบริการทางจิตเวชจัดให้มีขึ้น ได้แก่การให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ดูแลทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

2.3 เมื่อครบกำหนดการทดลองคือสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะการดูแลและระดับการแสดงออกทางอารมณ์อีกครั้ง (post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการพิจารณาในด้านจริยธรรมของ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าพบ เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเขาพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการแต่อย่างใด ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอออกมาเป็นภาพรวมในรูปแบบของการวิจัยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากกรวิจัย โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการดังนี้

1. นำข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลวิเคราะห้แจกแจงค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแล และระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย

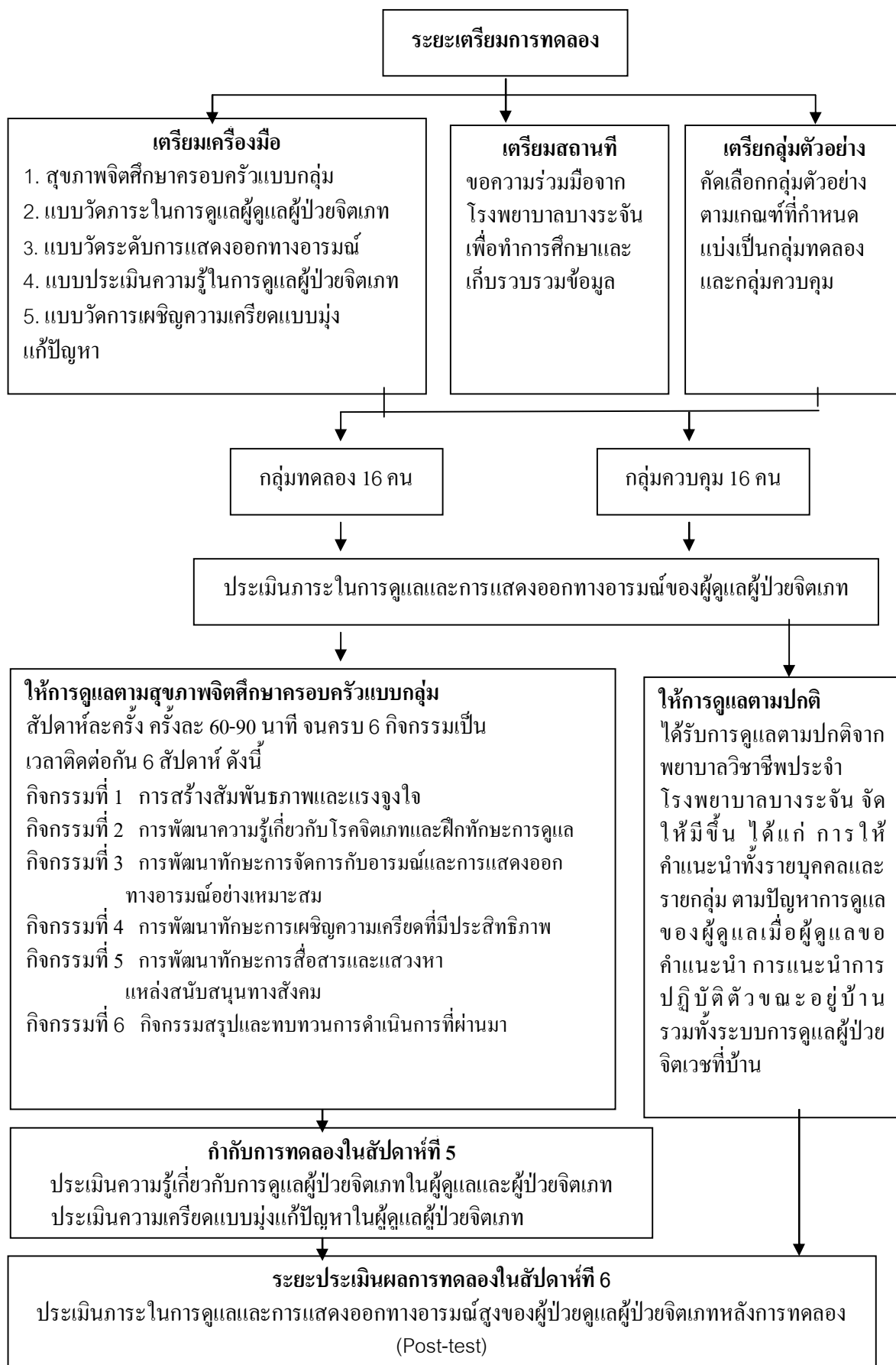
จิตเภทก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที

(Dependence t-test)

3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independence t-test)

4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวยุทธศาสตร์ต่อภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุทธศาสตร์แบบกลุ่ม และเปรียบเทียบภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุทธศาสตร์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวยุทธศาสตร์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล บางระจัน จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 คน กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุทธศาสตร์แบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โดยวิธีการในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (The Pretest-Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตาราง ประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุทธศาสตร์แบบกลุ่ม

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุทธศาสตร์แบบกลุ่ม

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ และสถานภาพสมรส (n=30)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=16)		กลุ่มควบคุม (n=16)		รวม (n=32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	7	43.75	5	31.25	12	37.50
หญิง	9	56.25	11	68.75	20	62.50
อายุ						
20-30 ปี	-	-	1	6.25	1	3.13
31-40 ปี	1	6.25	1	6.25	2	6.25
41-50 ปี	5	31.25	3	18.75	8	25.00
51-60 ปี	6	37.50	10	62.50	16	50.00
60 ปีขึ้นไป	4	25.00	1	6.25	5	15.63
สถานภาพสมรส						
คู่	10	62.50	10	62.50	20	62.50
หม้าย	5	31.25	4	25.00	9	28.13
หย่า	1	6.25	1	6.25	2	6.25
แยกกันอยู่	-	-	1	6.25	1	3.13

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 56.25 และ 68.25 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50 และ 62.50 ตามลำดับ และทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 62.50

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษาและอาชีพ (n=30)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=16)		กลุ่มควบคุม (n=16)		รวม (n=32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	11	68.75	10	62.50	21	65.63
มัธยมศึกษา	3	18.75	3	18.75	6	18.75
อนุปริญญา	1	6.25	1	6.25	2	6.25
ปริญญาตรี	1	6.25	2	12.50	3	9.33
อาชีพ						
งานบ้าน	5	31.25	2	12.50	7	21.87
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	-	-	2	12.50	2	6.25
ค้าขาย	2	12.50	3	18.75	5	15.63
เกษตรกรรม	4	25.00	5	31.25	9	28.13
รับจ้าง	5	31.25	4	25.00	9	28.13
ความเพียงพอของรายได้						
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	11	68.75	11	68.75	22	68.75
เพียงพอกับรายจ่าย	5	31.25	5	31.25	10	31.25

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 68.75 และ 62.50 ตามลำดับ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 31.25 และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 31.25 และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 68.75 เท่ากัน

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n=32)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=16)		กลุ่มควบคุม (n=16)		รวม (n=32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท					
บิดา	3	18.75	2	12.50	5	15.63
มารดา	5	31.25	6	37.50	11	34.38
พี่	-	-	1	6.25	1	3.13
สามี	3	18.75	-	-	3	9.38
ภรรยา	2	12.50	3	18.75	5	15.63
บุตร	1	6.25	3	18.75	4	12.50
อื่นๆ	2	12.50	1	6.25	3	9.38
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย						
2-5 ปี	4	25.00	4	25.00	8	25.00
6-10 ปี	4	25.00	4	25.00	8	25.00
มากกว่า 10 ปี	8	50.00	8	50.00	16	50.00

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะมารดา คิดเป็นร้อยละ 31.25 และ 37.50 ตามลำดับ และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี เท่ากัน

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภทในชุมชน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการ
ทดลอง

คนที่	คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน						ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย ภาระโดยรวมและรายด้าน		
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			อัตรันัย	ปรนัย	รวม
	อัตรันัย	ปรนัย	รวม	อัตรันัย	ปรนัย	รวม			
1	2.92	3.17	3.04	2.17	2.33	2.25	0.75	0.84	0.79
2	3.42	2.75	3.08	2.00	2.50	2.25	1.42	0.25	0.83
3	3.25	3.00	3.13	2.33	2.33	2.33	0.92	0.67	0.08
4	3.75	3.00	3.38	2.17	2.67	2.42	1.58	0.33	0.96
5	2.92	3.42	3.17	2.42	2.67	2.54	0.50	0.75	0.63
6	3.08	4.25	3.67	2.58	2.83	2.71	0.50	1.42	0.96
7	3.58	4.08	3.83	2.75	2.50	2.63	0.83	1.58	1.20
8	4.17	2.83	3.50	2.83	2.33	2.58	1.34	0.50	0.92
9	3.42	2.92	3.17	3.17	2.67	2.92	0.25	0.25	0.25
10	2.83	3.08	2.96	2.42	2.50	2.46	0.41	0.58	0.50
11	2.83	2.92	2.88	2.83	2.75	2.79	0	0.17	0.09
12	2.75	3.50	3.13	2.75	2.83	2.79	0	0.67	0.34
13	4.08	3.00	3.54	3.17	2.33	2.75	0.91	0.67	0.79
14	3.33	3.33	3.33	2.50	2.83	2.67	0.83	0.50	0.66
15	3.75	4.08	3.92	2.17	2.67	2.42	1.58	1.41	1.50
16	3.67	3.25	3.46	2.42	2.50	2.46	1.25	0.75	1.00
\bar{X}	3.36	3.28	3.32	2.54	2.58	2.56	0.82	0.71	0.76

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตรันัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 3.32, 3.36 และ 3.28 ตามลำดับ และหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตรันัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 2.56, 2.54 และ 2.58 ตามลำดับ และ มีค่าเฉลี่ยผลต่างของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตรันัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 0.76, 0.82 และ 0.71 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน						ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย ภาระโดยรวมและรายด้าน		
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			อัตรันัย	ปรนัย	รวม
	อัตรันัย	ปรนัย	รวม	อัตรันัย	ปรนัย	รวม			
1	2.92	3.25	3.08	3.00	3.17	3.08	-0.08	0.08	0.00
2	3.42	3.08	3.25	3.50	3.58	3.54	-0.08	-0.50	-0.29
3	3.33	3.08	3.21	3.25	3.08	3.17	0.08	0.00	0.04
4	3.50	3.83	3.67	3.75	3.83	3.79	-0.25	0.00	-0.13
5	3.08	3.50	3.29	3.08	3.58	3.33	0.00	-0.08	-0.04
6	2.83	3.92	3.38	3.00	4.00	3.50	-0.17	-0.08	-0.12
7	3.42	3.58	3.50	3.58	3.50	3.54	-0.16	0.08	-0.04
8	4.17	3.17	3.67	4.00	3.25	3.63	0.17	-0.08	0.04
9	3.33	4.00	3.67	3.42	4.08	3.75	-0.09	-0.08	-0.08
10	2.92	3.17	3.04	3.25	3.17	3.20	0.34	0.00	-0.16
11	2.83	3.50	3.17	2.67	3.58	3.13	0.16	-0.08	0.04
12	2.83	2.67	2.75	2.92	2.58	2.75	-0.09	0.09	0.00
13	3.92	3.08	3.50	3.83	3.08	3.46	0.09	0.00	0.04
14	3.42	3.00	3.21	3.50	2.83	3.17	-0.08	0.17	0.04
15	4.08	2.50	3.29	4.00	3.17	2.58	0.08	-0.67	-0.29
16	4.08	2.75	3.42	4.08	3.17	3.63	0.00	-0.42	-0.21
\bar{X}	3.38	3.26	3.32	3.43	3.35	3.39	-0.05	-0.09	-0.07

จากตารางที่ 10 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตรันัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 3.32, 3.38 และ 3.26 ตามลำดับ และหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตรันัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 3.39, 3.43 และ 3.35 ตามลำดับ และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยผลต่างของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตรันัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ -0.07, -0.05 และ -0.09 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่างของคะแนนการ แสดงออกทางอารมณ์สูง
1	35	16	19
2	31	14	17
3	31	8	23
4	30	15	15
5	31	15	16
6	23	7	16
7	36	12	24
8	34	21	13
9	31	20	11
10	35	17	18
11	31	18	13
12	39	16	23
13	21	13	8
14	29	8	21
15	20	7	13
16	25	12	13
\bar{X}	30.13	13.67	16.44

จากตารางที่ 11 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.13 และหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์สูง เท่ากับ 13.67 และ มีค่าเฉลี่ยผลต่างของการแสดงออกทางอารมณ์สูง เท่ากับ 16.44

ตารางที่ 12 คะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่างของคะแนน การแสดงออกทางอารมณ์สูง
1	28	30	-2
2	40	30	10
3	31	34	-3
4	25	29	-4
5	27	32	-5
6	33	40	-7
7	22	25	-3
8	29	29	0
9	17	15	2
10	39	41	-2
11	21	29	-8
12	31	22	9
13	18	24	-6
14	28	33	-5
15	21	22	-1
16	25	35	-10
\bar{X}	27.18	29.37	-0.35

จากตารางที่ 12 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อน และหลังทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์สูง เท่ากับ 27.18 และ 29.37 ตามลำดับ และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์สูง เท่ากับ - 0.35

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน จำแนกระยะเวลา	คะแนนภาระในการดูแลผู้ป่วย		df	t	p-value
	\bar{X}	S.D.			
ภาระโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	3.32	0.31	15	8.60	.00
หลังการทดลอง	2.56	0.20			
ภาระเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	3.35	0.45	15	6.29	.00
หลังการทดลอง	2.54	0.35			
ภาระเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	3.29	.47	15	6.62	.00
หลังการทดลอง	2.58	.19			

จากตารางที่ 13 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ โดยคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ($\bar{X} = 2.56, 2.54$ และ 2.58 ตามลำดับ) ต่ำกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ($\bar{X} = 3.31, 3.35$ และ 3.29 ตามลำดับ)

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

การแสดงออกทางอารมณ์สูง	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	30.13	5.43	15	14.15	.00
หลังการทดลอง	13.69	4.45			

จากตารางที่ 14 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม **แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$** โดยคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ($\bar{X} = 13.69$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ($\bar{X} = 30.13$)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง				p-value
	\bar{X}	S.D.	df	t	\bar{X}	S.D.	df	t	
ภาวะโดยรวม									
กลุ่มทดลอง	3.32	0.31	30	.63	2.56	0.20	30	-9.50	.00
กลุ่มควบคุม	3.32	0.25			3.39	0.28			
ภาวะเชิงอัตนัย									
กลุ่มทดลอง	3.36	0.45	30	-.13	2.54	0.35	30	-6.39	.00
กลุ่มควบคุม	3.38	0.47			3.43	0.43			
ภาวะเชิงปรนัย									
กลุ่มทดลอง	3.29	0.47	30	.19	2.58	0.19	30	-6.89	.00
กลุ่มควบคุม	3.26	0.44			3.35	0.41			

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน	\bar{d}	S.D.	df	t	p-value
ภาวะโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	0.76	0.36	30	8.50	.00
หลังการทดลอง	-0.47	0.13			
ภาวะเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	0.82	0.52	30	5.96	.00
หลังการทดลอง	0.01	0.17			
ภาวะเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	0.71	0.36	30	8.49	.00
หลังการทดลอง	-0.10	0.13			

จากตารางที่ 16 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนเฉลี่ยการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (\bar{X} = 2.56, 2.54, 2.58 ตามลำดับ) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (\bar{X} = 3.39, 3.43, 3.35 ตามลำดับ) และ จากตารางที่ 16 พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลต่างของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ทั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การแสดงออกทาง อารมณ์สูงของผู้ดูแล	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง				p-value
	\bar{X}	S.D.	df	T	\bar{X}	S.D.	df	t	
กลุ่มทดลอง	30.13	5.54	30	1.36	13.69	4.45	30	7.75	.00
กลุ่มควบคุม	27.19	6.70			29.38	6.76			

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลต่างของการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับการแสดงออก ทางอารมณ์	\bar{d}	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	16.44	4.65	.30	10.37	.00
กลุ่มควบคุม	-2.19	5.48			

จากตารางที่ 17 พบว่าคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์สูง ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ โดยคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=13.69$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=29.38$) และ จากตารางที่ 18 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.01$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) โดยมี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. ภาวะในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่ำว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษาคือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วย ผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยจิตเภท
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน ทั้งนี้ ผู้ดูแลแต่ละครอบครัว จะนำสมาชิกครอบครัว 1 คนและผู้ป่วยจิตเภท 1 คนที่อยู่ในความดูแลเข้าร่วมกิจกรรมด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 แบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - ส่วนที่ 3 แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย
 - 3.1 แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา
 - 3.2 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิด ของ Anderson et al., (1980,1986) และแนวคิดพัฒนาการกลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม 6 ครั้ง ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ
- กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล
- กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
- กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
- กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
- กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ ระยะเวลาในการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ จิราพร รักการ (2549) คัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาวะในการดูแล 2 ประเภท ได้แก่ภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัย รวม 24 ข้อ ซึ่งแบบวัดมีข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยในการศึกษาของ จิราพร รักการ ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมเท่ากับ .88 และสามารถแยกเป็นรายด้าน คือภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .92 และ .83 ตามลำดับ และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงภายหลังจากนำไปทดลองใน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่าแบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าความเที่ยงของแบบวัดภาวะการดูแลเท่ากับ .93 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนวณค่าความเที่ยงของ เครื่องมือแบบวัดภาวะการดูแล โดยนำแบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปทดลองใช้ กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน พบว่า ภาวะเชิงอัตนัยมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .80 ภาวะเชิง ปรนัยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 และภาวะโดยรวมมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

ส่วนที่ 3 แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือ วัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ ของ Cold and Kazarian (1988) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดการ แสดงออกทางอารมณ์ของ Left and Vaughn (1981) ซึ่งผ่านการแปลเป็นภาษาไทย และตรวจสอบ การแปล ด้วยวิธี Black Translation จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้ว ข้อคำถามมีลักษณะ ให้ เลือกตอบ 1 คำตอบ จากข้อคำถามที่ประกอบด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ 4 ลักษณะๆ ละ 15 ข้อ รวม 60 ข้อ ได้แก่ 1) การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก (High level of intrusiveness) 2) การการตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสม (A highly emotional response to patient's illness) 3) การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A negative attitude toward the patient's illness) 4) การมีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท (A low level of tolerance and high expectations of client) ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ภายหลังจากนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบวัดระดับการ แสดงออกทางอารมณ์ เท่ากับ .92 และได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทประเมินการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สูตรครุเตอร์ริชาร์สัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .86

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ จิราพร รักการ (2549) ได้พัฒนาขึ้น โดยศึกษาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดย จิราพร รักการ ได้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .93 และหลังจากการนำไปทดลองในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 ราย พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

ส่วนที่ 2 แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ของ ชนมภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) มาใช้ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ของ ดวงรัตน์ แซ่เตียว ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Jalowich (1983) โดยในการศึกษาของ ชนมภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .80 และจากการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) หลังจากการนำไปทดลองในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 ราย พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .74 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ

- 1.1 ผู้วิจัยเตรียมความรู้และฝึกทักษะการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว แบบกลุ่ม
- 1.2 เตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 1.3 ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และเป็นผู้สังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม
- 1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 การดำเนินการกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2.2.1 **กลุ่มควบคุม** ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาล บางระจัน จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ได้แก่ การให้คำแนะนำตาม สภาพปัญหาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2.2.2 **กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว แบบกลุ่ม ในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ละครั้งๆละ 60-90 นาทีจนครบ 6 ครั้ง โดยแบ่งสมาชิกกลุ่ม ทดลองออกเป็น 4 กลุ่มๆละ 4 ครอบครัว

2.2 **การกำกับการทดลอง** ผู้วิจัยกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันที ภายหลังเสร็จสิ้น กิจกรรมที่ 5 โดยขอให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบ วัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวแบบกลุ่ม ในสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการดังนี้

1. ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลนำมาวิเคราะห์แจกแจงค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และ คำนวณหาค่าร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนภาระการ ดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน และหลังการทดลอง แล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่าง โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependence t-test)
3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนภาระการ ดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ ทดสอบค่าที (Independence t-test)
4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

2. การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ การแสดงออกทางอารมณ์สูงในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

3. ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม มีภาวะในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4. การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มมีผลทำให้ภาวะในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย จำแนกออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.25 และ 68.25 ตามลำดับ มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 37.50 และ 62.50 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 62.50 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 68.75 และ 62.50 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 31.25 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 31.25 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 68.75 เท่ากัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะมารดา คิดเป็นร้อยละ 31.25 และ 37.50 ตามลำดับ และทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปีเท่ากัน

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นหญิงมีสถานภาพสมรสคู่ และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรัก ความผูกพันของมารดาเป็นลักษณะโดยธรรมชาติขอความเป็นแม่ สำหรับประวัติการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งถือว่าใช้ระยะเวลาในการดูแลมานาน ถึงแม้จะทำให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแล สามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วย มีทักษะในการเผชิญปัญหา และหาทางออกได้ดีขึ้น ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) แต่ก็อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา มีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล (Bull, 1990 อ้างใน ปาณิสรา เกษมสุข , 2551) ประกอบกับผู้ดูแลมีระยะเวลาการดำเนินชีวิตที่ต้องติดต่อกับลักษณะเผชิญหน้ากับผู้ป่วยอย่างน้อย 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จึงอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถึงการมีภาระเพิ่มมากขึ้นในการที่ต้องเผชิญกับอาการแสดงและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้

เมื่อพิจารณาข้อมูลรายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Left et al. (1987) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ส่วนใหญ่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ภรดี ไชยสิน (2545) พบว่า สถานภาพทางการเงินของญาติมีผลต่อระดับการแสดงออกทางอารมณ์

ตอนที่ 2 ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัย พบว่า ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ ดังนี้

1.1 คะแนนภาวะในการดูแลเชิงอัตนัย พบว่า หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ เนื่องจากภาวะในการดูแลเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติ ที่เกิดเนื่องมาจากความรู้สึกหวาดกลัววิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Montgomery et al., 1985) ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม สามารถช่วยลดภาวะด้านนี้ได้ เช่น ในกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ด้วยการพูดคุยเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ทั่วไป และแจ้งวัตถุประสงค์ของการช่วยเหลือที่เน้นการให้ความรู้ของโรคจิตเภทตามความเป็นจริง ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและเปิดเผยเรื่องราวของตน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระด้านอัตนัยและปรนัยลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2545) ในกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว เข้าใจปัญหาการเจ็บป่วย รับรู้ข้อจำกัดของโรคจิตเภท มีความคาดหวังช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่มีความหวังบนพื้นฐานความเป็นจริง นอกจากนี้ผู้วิจัยจะยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตัวให้อาการดีขึ้นและครอบครัวมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลทั้งเชิงอัตนัยและปรนัยลดลง (จิราพร รักการ 2549; Montgomery et al., 1985) ในส่วนของกิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็นการให้ความรู้เรื่องความเครียด สาเหตุ อาการและสาเหตุวิธีการจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้ง สามารถเลือกใช้กลวิธีจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่

เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen and Wills, 1985 อ้างถึงในทีปประพิน สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดความเครียดซึ่งเป็นภาระเชิงอัตนัยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lim and Ahn (2003) ซึ่งพบว่า การใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดภาระเชิงอัตนัยได้ และใน กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยให้ครอบครัวทำความเข้าใจผลเสียของการสื่อสารทางลบ เรียนรู้และฝึกทักษะการสื่อสารทางบวก ซึ่งจะช่วยให้ได้รับรู้ความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของคนอื่น (อัญชติ ศรีสุพรรณ, 2547) จึงช่วยลดการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (Kausar and Nasr, 2009)

1.2 คะแนนภาระในการดูแลเชิงปรนัย พบว่า หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ เนื่องจากภาระในการดูแลเชิงปรนัย หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต (Montgomery et al., 1985) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มแต่ละครั้ง มีการกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม อย่างมีโครงสร้างที่จะส่งผลในการช่วยลดภาระด้านนี้ได้ โดยในกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเภท (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552) ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเชิงปรนัยลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) ในกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและฝึกทักษะการ เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การดูแลรักษา อาการข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการนำ อาการเตือน พฤติกรรมที่เป็นปัญหา และวิธีการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว เข้าใจปัญหา การเจ็บป่วย รับรู้ข้อจำกัดของโรคจิตเภท นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้จัดทำสมุดการบ้านให้สมาชิกได้นำทักษะที่ได้เรียนรู้ในกลุ่มไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการเข้าใจปัญหาการเจ็บป่วย และมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลทั้งเชิงปรนัยลดลง (จิราพร รักการ, 2549; Montgomery et al., 1985) และในกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ในกิจกรรมนี้ นอกจากผู้วิจัยจะให้ครอบครัวทำความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารแล้ว ยังให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับการสนับสนุนทางสังคม อีกทั้งยังให้สมาชิกได้รู้จักกับกลุ่มบางระจันพัฒนา ซึ่งถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่ให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง จึงช่วยลดความยากลำบากของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จะต้องรับผิดชอบเกี่ยวกับการ

ดูแลโดยตรง และส่งผลให้การรับรู้ภาวะเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ (Thompson and Doll, 1993 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543)

2. ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการทดลอง ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย ลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากการ ส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว การรับฟังปัญหาของครอบครัว ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทตามความเป็นจริง ลดความสับสนและความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว ช่วยเหลือครอบครัวในการควบคุมและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหสำหรับครอบครัว ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม จึงช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ และมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตัวให้อาการดีขึ้นและครอบครัวมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จึงช่วยให้ลดความรู้สึกลังเล ความเคียดแค้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลทั้งเชิงอัตนัยและปรนัยลดลง (จิราพร รักรการ, 2549; Montgomery et al., 1985 ; Pai and Kaper., 1981) และยังช่วยลดการเกิดความรู้สึกลังเล ขังใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหวังที่เกิดขึ้นในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข (Kuiper, Leff and Lam, 1992) จึงส่งผลให้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ

ตอนที่ 3 การแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. ผลการวิจัย พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มสามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่าการดำเนินการต่างๆตาม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้สามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ เช่น ในการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมที่การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

และฝึกทักษะการดูแล ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว เข้าใจปัญหาการเจ็บป่วย รับรู้ข้อจำกัดของโรคจิตเภท มีความคาดหวังช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่มีความหวังบนพื้นฐานความเป็นจริง ส่งผลให้ส่งผลให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย จึงส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์สูงลดลงได้ (Moxon and Ronan, 2008) ในกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยให้สมาชิกทำความเข้าใจผลเสียจากการแสดงออกทางอารมณ์สูง เรียนรู้ทักษะในการจัดการกับอารมณ์ ข้อจำกัดในการแสดงออกทางอารมณ์ และฝึกทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ซึ่งผลการทดลองดังกล่าวสอดคล้องตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980, 1986) ที่กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลอย่างสมดุล โดยไม่มากหรือน้อยเกินไป และทำความเข้าใจข้อจำกัดในการแสดงออกทางอารมณ์ จะช่วยให้ผู้ดูแลแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียด สาเหตุ อาการและสาเหตุวิธีการจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้วิธีการในการจัดการกับความเครียดนั้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen and Will, 1985 อ้างใน ทิปประพิณ สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Holly, 2007) และในกิจกรรมที่ 5 เป็นกิจกรรมที่พัฒนาทักษะการสื่อสารและแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำแนวคิดของ Anderson et al. (1980, 1986) มาใช้โดยให้ครอบครัวทำความเข้าใจผลเสียของการสื่อสารทางลบ เรียนรู้และฝึกทักษะการวิธีการสื่อสารทางบวก ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รู้ความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของคนอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kausar and Nasr (2009) และเป็นการแนะนำให้สมาชิกครอบครัวได้รู้จักแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับ นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล (2552) ที่กล่าวว่า การสร้างเครือข่ายทางสังคมจะช่วยทำให้เกิดการช่วยเหลือกันในกลุ่ม ซึ่งจะส่งผลต่อการประคับประคองจิตใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์ ดังนั้นจึงช่วยลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงได้

2. ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้เนื่องมาจาก ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นผู้ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง อันมีสาเหตุจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแล (Weisman et al., 1998; Holly, 2007) ขาดการเผชิญ

ความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Karanci and Indialar, 2002) และยังขาดทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหา (Folloon et al., 1981 cited in Brooker, 1990) ซึ่งเมื่อผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว ในกลุ่มทดลองได้รับการช่วยเหลือในปัจจัยเหตุดังกล่าว โดยได้รับการส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว การรับฟังปัญหาของครอบครัว ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทตามความเป็นจริง ลดความสับสนและความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว ช่วยเหลือครอบครัวในการควบคุมและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม จากการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม จึงทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองแตกต่างกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jewell (2009) ได้ศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม จะช่วยให้ครอบครัวเข้าใจความคิดความรู้สึกของกันและกัน เข้าใจโรคจิตเภทและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับการประคับประคองจิตใจจากกลุ่ม ความเครียดลดลง และส่งผลต่อการลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงทั้งการแสดงออกทางอารมณ์ในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป

นอกจากนี้ในการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วย และสมาชิกเข้าร่วม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ผู้วิจัยได้ดำเนินกระบวนการกลุ่มตามระยะพัฒนากลุ่มของ Maram (1978) มาใช้ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะแก้ไขปัญหาร่วมกัน และระยะสิ้นสุดกลุ่ม ซึ่งในระยะสร้างสัมพันธภาพ เน้นการสร้างบรรยากาศของความเป็นมิตร จะทำให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคยไว้ใจซึ่งกันและกัน กล้าแสดงความคิดเห็นเปิดเรื่องราวของตนกับกลุ่ม ในระยะแก้ปัญหาร่วมกัน เปิดโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาความรู้สึกร่วมกันทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าทุกคนในกลุ่มก็เผชิญความทุกข์เหมือนกัน ช่วยลดความกังวล การได้ฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ มีความมั่นใจ สามารถเลือกวิธีแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และในระยะสิ้นสุดกลุ่ม จะเป็นการประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลง และความสำเร็จจากวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นและซักถามส่วนที่ยังไม่เข้าใจหรือปฏิบัติไม่ได้จะเป็นการทบทวนและต่อยอดให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้

สำหรับผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าภาระการดูแล ทั้งภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย และการแสดงออกทางอารมณ์ก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแล

ตามปกติ ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ และแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ฯลฯ ซึ่งเป็นการดูแลที่ยังไม่มีรูปแบบชัดเจน อาจทำให้ได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ หรือไม่ครอบคลุม อีกประการหนึ่งผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการสนับสนุน ประคับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ อย่างใกล้ชิด ต่อเนื่อง เหมือนกับกลุ่มทดลอง จึงทำให้กลุ่มควบคุมมีโอกาสน้อยที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการสนับสนุนด้านจิตใจเหมือนเช่นกลุ่มทดลองได้รับ ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ภาระในการดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม (Family group psychoeducation program) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980,1986) ส่งผลต่อการลดภาระและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น รู้วิธีการดูแลผู้ป่วย มีแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา มีแนวทางในการจัดการกับความเครียดของตน ช่วยเหลือครอบครัวในการควบคุมและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยได้รับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจซึ่งกันและกันภายในกลุ่มผู้ดูแลจึงเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะช่วยลดการรับรู้ภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อันจะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่าง ๆ เพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลักที่สำคัญ คือ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ ความ

เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาทักษะทางสังคม ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลหรือในชุมชน สำหรับเป็นแนวทางในการให้ความรู้เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.2 ผู้ที่จะนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มไปใช้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม และเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จึงจะช่วยให้ปรับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมใน โปรแกรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตามความเหมาะสมในแต่ละกลุ่ม

1.3 การนำผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง พร้อมกับผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว พยาบาลจิตเวช อาจประสบกับปัญหาสมาชิก แต่ละคนมีเวลาว่างไม่พร้อมกัน พยาบาลจิตเวชควรตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและควรหาแนวทางป้องกันปัญหาดังกล่าว ดังเช่นในงานวิจัยชิ้นนี้ได้วางแนวทางป้องกันปัญหาดังกล่าวเพื่อให้สมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมอย่างครบถ้วน โดย

1.3.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดี กับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว

1.3.2 ผู้วิจัยแจ้งเดือนสมาชิกล่วงหน้า โดยโทรศัพท์แจ้งเตือนก่อนวันเข้ากลุ่ม 1 วัน หากไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ จะประสานอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ที่ดูแลครอบครัวผู้ป่วย แจ้งให้ครอบครัวทราบล่วงหน้า 1 วัน

1.3.3 หากพบว่าสมาชิกขาดพาหนะในการเดินทางเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยจะขอสนับสนุนรถโรงพยาบาลบางระจัน รับและส่งผู้ป่วยและครอบครัว

1.4 การพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม โดยออกแบบให้มีคู่มือสำหรับญาติ และสมุดการบ้าน จะช่วยให้สมาชิกได้กลับไปทบทวนบทเรียนที่บ้านได้ นอกจากนี้ยังพบว่าสมุดการบ้าน ยังช่วยให้ผู้วิจัยสามารถประเมินได้ว่าสมาชิกมีความเข้าใจกิจกรรมที่ดำเนินไปแล้วหรือไม่ ซึ่งหากพบว่ามีความเข้าใจคลาดเคลื่อนก็จะเป็นโอกาสให้ผู้วิจัยได้แนะนำข้อมูลเพิ่มเติมได้

1.5 ในการประเมินผลการวิจัยครั้งนี้ ประเมินภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงทันทีเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 6 โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทประเมินการแสดงออกทางอารมณ์สูง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเมินภาระการดูแล โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลอยู่ในกลุ่มด้วยกัน ดังนั้นเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อผลการวิจัยที่จะนำไปพัฒนาต่อไป โดยให้ผู้ป่วย

และผู้ดูแลมีอิสระในการตัดสินใจตอบแบบสอบถาม การประเมินผลกรณีในกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเภท จึงควรจัดสถานที่ประเมินแยกส่วนกัน

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาให้ครอบคลุมบทบาทของปัญหา และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ศึกษาได้ตระหนักรู้ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการวางแผนการพยาบาล ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลเป็นระยะ ๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลที่ไม่สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดการคงอยู่ของความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และการรับรู้ภาวะหรือปัญหาของผู้ป่วยน้อยลง โดยการติดตามไปประเมินผลที่บ้านในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง

2. เนื่องจากผลการวิจัยนี้พบว่าภายหลังจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มทันที จะส่งผลให้ภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์ สูงลดลง ดังนั้นจึงควรศึกษาความคงอยู่ของประสิทธิผลดังกล่าว ด้วยการประเมินภาวะการดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์สูงเป็นระยะๆ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- คุณท์ชลิ เพียรทอง. (2547). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2536). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จันรรจ์ พงศ์ไพรินทร์ และ จูติวัลค์ ธรรมไพโรจน์. (2552). **วิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 10 (กันยายน 2552): 13-18.
- จิราพร รักการ. (2549). **ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนมาภรณ์ พงษ์จันทร์เสถียร. (2549). **ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ครุณี คชพรหม. (2543). **ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงตา อุทุมพฤษ์พร. (2533). **ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังส่วนตัวและครอบครัวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนาศา บุญทอง. (2543). **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต**. กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล.

- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). ผลการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทีปประพิณ สุขเขียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธวัชชัย ลีพหานาจ. (2552). การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนนานนท์. ตำราโรคจิตเภท. หน้า 271-280. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ธีระ ลีถนันทกิจ. (2552). การรักษาทางจิตสังคม ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนนานนท์. ตำราโรคจิตเภท. หน้า 253-270. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2545). ผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร. (2553). ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2552). บทบาทของครอบครัวและการดูแลครอบครัว ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกนนานนท์. ตำราโรคจิตเภท. หน้า 293-304. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตินรางกุล. (2547). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ยูเอเอ็นเคไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ประครอง วรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ค่านสุทธาการพิมพ์.
- ปัทมา ศิริเวช. (2552). การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนนานนท์. ตำราโรคจิตเภท. หน้า 305-316. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ปานิสรา เกษมสุข. (2551). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับรองต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. (2552). Psychoeducation ในโรคจิตเภท. ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนนานนท์. ตำราโรคจิตเภท. หน้า 271-280. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- พิศสมร เดชดวง. (2545). การศึกษาสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภรดี ไชยสิน. (2545). การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท: การศึกษาในโรงพยาบาล
จิตเวชแห่งหนึ่งในภาคอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2546). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8 .
กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- ยอดสร้อย วิเวการรณ. (2543). สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชรภรณ์ ลือไชสงค์. (2541). ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำ
ของผู้ป่วยจิตเภท : กรณีศึกษา. กลุ่มงานสังคมศาสตร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรม
สุขภาพจิต.
- วันดี โดสุขศรีม. (2539). ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียด และภาระในการดูแลของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สกาวัฒน์ ภูผา. (2543). ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระของผู้ป่วยจิตเภท.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมคิด ตีรารักษ์. (2545). ผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ. (2546). การมีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 22(2) (พ.ค.-ส.ค): 32-35.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2544). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สายใจ พัวพันธ์. (2553). การรับรู้ถึงความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดชลบุรี วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 24 (มกราคม-มิถุนายน. 2553): 156-171.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สุขภาพจิต, กรม. (2551). สุขภาพจิตชุมชน รายงานระดับประเทศ พ.ศ. 2551. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุวิมล สมัดตะ. (2541). ผลการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หรรษา เศรษฐบุปผา. (2551). โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช: “ใกล้บ้าน สบายใจ”. พยาบาลสาร 35 (กรกฎาคม-กันยายน 2551): 39-48.
- อัญชลี ศรีสุวรรณ. (2547). ผลการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

- Almond, S. et al. (2004). Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. *Br J Psychiatry* 184: 346-351.

- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., and Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A Pre Schizophrenia and the family: **A Psychoeducation approach. Schizophrenia Bulletin** 6(3): 490-505.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., and Reiss, D. J. (1986). **Schizophrenia and the family: A practitioner, s guide to psychoeducation and management.** New York: Norton.
- Azhar, M. Z., and Varma, S. L. (1996). Relationship of expressed emotion with relapse of schizophrenia patients in Kelantan. **Singapore Medical Journal** 37: 82-85.
- Barrowclough, C., and Hooley, J. M. (2003). Attribution and Expressed emotion, and attribution in relatives of schizophrenia patients. **Schizophrenia Bulletin** 22: 691-702.
- Berker, P. (1986). **Basic Family Therapy.** 2nd ed London Collin.
- Best, J. W. (1970). **Research in Education.** New Jersey: Prentice-Hall.
- Boye, et al. (1999). What predicts the course of expressed emotion in relative of patients with schizophrenia or related psychoses?. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 34: 35-43.
- Brooker, C. (1990). Expressed emotion and psychosocial intervention: a review. **International Journal of Nursing Studies** 27(3): 267-276.
- Brown, G. W., and Birley, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenia Disorder. **A replication British Journal of Psychaiatry** 121: 241-258.
- Bull, N. J. (1990). Factors influencing family caregiving burden and health. **Western Journal of Nursing Research** 12(6): 758-776.
- Burns, T., Fiander M., and Audini, B. (2000). A Delphi approach to characterising "relapse" as used in UK clinical practice. **International Journal of Social Psychiatry** 46(3): 220-30.
- Butzlaff, R. L., and Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta - analysis. **Archives of General Psychiatry** 55: 547-552.
- Carey, P. J. et al. (1991). Apply and caregiving burden in family members caring for patients receving chemotherapy. **Oncology Nuring Forum** 18: 1341-1348.
- Chien, W.T., and Chan, S.W. (2009). Testing the Psychometric Properties of Chinese Version of the Level of Expressed Emotion Scale. **Research in Nursing & Health** 32: 59-70.
- Chien, W.T., and Wong, K. F. (2007). A family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong **Psychiatr Serv** 58: 1003-6.

- Cole, J. D., Kazarian, S. S., (1988). The Level of Expressed Emotion Scale: a new measure of expressed emotion. **Journal Psychology** 44(3): 392-397.
- Crotty, P. and Kuly, R. (1986). Are Schizophrenics a burden to their families? Significant others **Health Social Worker** 11: 173-188.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregiver. **Family & Community** 5(2): 1-9.
- Doornbos, M. M. (2002). Family Caregivers and the mental health care system: Realities and dream. **Archives of Psychiatric Nursing** 16 (1): 39-46.
- Dyck, D. G. Short, R. and Vitaliano, P. P. (1999). Predictor of burden an infectin illness in Schizophrenia Caregiver. **Psychosomatic Medicine** 61: 411-419.
- Eakes, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parent of chronically mentally ill individuals. **Archives of Psychiatric Nursing** 9(2): 77-84.
- Fadden, G., Bebbington, P. and Kuipers L. (1987). The Burden of Care: the impact of function Psychosis illness on the Patient family. **British Journal of Psychiatry** 150: 285-292.
- Falloon, I. R., Boyd, J. L., McGill, C.W., Razani, J., Moss. H. B., and Gilderman, A. M., (1981). Family management in the prevention exacerbation of schizophrenia: a controlled study. **New England Journal of Medicine** 306: 1437-1440.
- Francell, G. C. (1998). Family perception of burden of care for chronic mentally ill relative. **Hospital and Community Psychiatric** 39 (12): 1296-1300.
- Gelder, M. G., Lopez-Ibor J. J., Andreasen, N. C. (2000). **New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford.** Oxford University Press: 567-621.
- González, C. V. et al. (2010). Effects of family psychoeducation on expressed emotion and burden of care in first-episode psychosis: A prospective observational study. **Spanish Journal of Psychology** 13(1): 389-395.
- Hall, M. J., and Docherty, N. M. (2000). Parent coping styes and schizophrenia patient behavior as predictor of Expressed Emotion. **Family Process** 39: 435-444.
- Hoolley, J. M. (1998) Expressed Emotion and locus of control. **F. Nerv.Ment. Dis.** 186: 374-78.
- Hoolley, J. M. **Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology.** (online). 2007.
www.ncbi.nih.gov/pubmed/17716059 (2010, March7).
- Horowitz, A.V., and Reinhard, S. D. (1995). Ethic difference in caregiving duties and burdens among parents and sibling of persons with severs mental illness. **Journal of Health and Social Behavior** 36(6): 138-150.

- Jewell. **Partnering With Families: Multiple Family Group Psychoeducation for Schizophrenia** (online) 2009 Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.\(2010, December\).](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.(2010, December).)
- Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S. and Angermeyer, M. C. (2003). Subjective burden over 12 months in parents of patient with schizophrenia. **Archives of psychiatric Nursing** 17(3): 126-134.
- Kaplan, H. I., and Sadock, B.J. (1998). **Synopsis of psychiatry**. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Karanci, A. N., and Inandilar, H. (2002). Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** 37(2): 80-88.
- Karamlou, S., Mazahaeri, A., and Mottaghipour, Y. **P03-153 Expressed Emotion and psychoeducational intervention for relative of patient with severe mental disorder in Iran**. (online). 2009. Available from: <http://www.Sciencedirect.com> (2010, December 10).
- Kausar, R., and Nasr, T. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. **Annals of General Psychiatry** 8: 1-17.
- Kazadi, N. J. B., Moosa, M. Y. H., and Jeenah, F. Y., (2008). Factors associated with relapse in schizophrenia **article** 4(2): 52-62.
- King, S., and Dixon, J. M. (1995). Expressed emotion, family dynamic and symptom severity in a predictive model of social adjustment for schizophrenia young adults. **Schizophrenia Research** 14: 121-132.
- Kopelowicz, A. et al., (2002). Evaluation of Expressed emotion in schizophrenia: a comparison of Caucasians and Mexican-Americans. **Schizophrenia Research** 55: 179-186.
- Leff, P. J. (1981). Controlled Trial of Social intervention in the family of Schizophrenia Patients, **Br J Psychiatry** 141: 121-134.
- Left, P. J., and Vaughn, C.E. (1981). Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic Patients. **Schizophrenia Bulletin** 7(1): 43-44.
- Left, P. J., and Vaughn, C. E. (1985). Expressed emotion in families. New York: **The Guilford**.
- Lefley, H. P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. **Hospital & Community Psychiatry** 38(10): 1063-1070.

- Left, J. et al. (1987). Influence of Relative Expressed Emotion on The Course of Schizophrenia in Chandigarh. **British Journal of Psychiatry** 151: 166-173.
- Lim, Y. M., and Ahn, Y. H. (2003). Burden of family caregiver with schizophrenic patient in Korea. **Applied Nursing Research** 16(2): 613-619.
- Lon, R. M., and Beer, M. D. (2002). The British reaction to dementia praecox 1893-1913. **Part1. Hist Psychiatry** 13: 85-304.
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. **Journal of advanced Nursing** 21.
- Magliano, L. et al. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. **Social Psychiatric Epidemiology**. 33: 405-412.
- Maram, G. D. (1978). **The group Approach in Nursing Practice**. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.
- Marom, S., Munitz, H., Jones, P. B., Weizman, A., and Hermesh, H. (2005). Expressed Emotion: Relevance to Rehospitalization in Schizophrenia Over 7 Years. **Schizophrenia Bulletin** 31(3): 751-758.
- Marsh, D., and Johnson, D. (1997). The families experience of mental illness: Implication for intervention. **Professional psychology: Research and Practice** 28(7): 223-245.
- McDonagh, L. A. **Expressed Emotion as a precipitator of relapse in psychological disorder** (online). 2005 Available from: [www. Personalityresearch. Org /papers/ McDonagh.html](http://www.Personalityresearch.Org/papers/McDonagh.html) (2006, March 12).
- McFarlane, W. R., Dixon, L., and Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of literature. **Journal of Marital and Family Therapy**. 29: 223-245.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., and Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. **Family Relations**, 34(1): 19.
- Montgomery, P. and Kirkpatrick, H. (2002). Understanding those who seek frequent psychiatric Hospitalizations. **Archives of Psychiatric Nursing** 16(1):16-24.
- Montgomery, R. J. V., Stull, D. E., and Bogatta, E. F. (1985). Measurement and analysis of burden. **Research on Aging**. 7(3): 137-152.
- Moor, E., and Kuipers, L. (1992). Behavioral correlates of expressed emotion in staff-patient interaction. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 27: 298-303.

- Moxon, A. M., and Ronan, K. R. (2008). Providing information to relatives and patients about expressed emotion and schizophrenia in a community-support setting: A randomized, controlled trial. **Clinical Schizophrenia and Related Psychoses** 2(1): 47-58.
- Murray, C. J. L., and Lopez, A. D. (1996). **The Global Burden of Disease Boston**. Harvard University Press.
- Nelis, S. M., Rae, G., and Liddell, C. (2011). The level of expressed emotion scale: A useful measure of expressed emotion in adolescents?. **Journal of Adolescence** 34: 311-318.
- Sadock, J. B., and Sadock, A. V. (2000). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia: Lipincott Williams& Wilkins.
- Sadock, J. B., and Sadock, A. V. (2007). **Synopsis of Psychaitry 10 ed**. Philadelphia: Lipincott Williams& Wilkins: 467-97.
- Sanders, J. C., and Byrne, M. M. (2002). A thematic analysis of families living with schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing** 16(5): 217-223.
- Scazufca, M., and Kuipers, E. (1998). Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social function. **Psychol Med** 28 (2): 453-6.
- Scazufca, M. and Kuipers, E. (1998). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patient with schizophrenia. **Br J Psychiatry** 168(5): 580-7.
- Schreiber, L. J., Breifer, A., and Pichar, D. (1995). Expressed emotion or state?. **British Journal of Psychaiatry**. 166: 647-649.
- Shelves, L. P. (1986). **Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing**. Phiaadelphia:J. B. Lippincott.
- Siris, S. G. (2000). Depression in schizophrenia: Perspective in the era of "atypical" antipsychotic agents. **Am J Psychiatry** 157: 1379-1389.
- Sunpawerawong, J. (2006). **Development of a Thai-Expressed Emotion Scale (TEES) for Family Caregiver of chizophrenic Patients**. Degree of Philosophy in Nursing. Prince of Songkha Univercity.
- Swofford, C. D. et al., (1996). Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. **Schizophr Res** 20: 145-151.
- Taylor, C. M. (1994). **Essential of Psychiatric Nursing 4th ed**. St. Louis: Haper Collins.
- Thompson, E. H. et al. (1993). Social support and caregiving burden in family caregivers of frial

Elders. **Journal of Gerontology** 48: 245-254.

Thompson, E. H., and Doll, W. (1982). The burden of family coping with mentally ill: an invisible crisis. **Family Relations** 31: 379-388.

U.S. Bureau of the Census. (1988). **Statistical Abstract of the United States Washington**.
DC:U.S. Government Printing Office.

Weisman, A., Nuechterlein, K. H., Goldstein, M. J., and Snyder, K. S. (1998). Expressed Emotion, attitudes and schizophrenia symptom dimensions. **Journal of Abnormal Psychology**, 107: 355-359.

Williams, C. A. (1989). **Patient education for people with Schizophrenia Perspective in Psychiatric Care**. 25: 14-2.

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

Yamashita, M. (1996). Study of how families care for mental ill relatives in Japan. **ICN. International Nursing Review** 43(4): 121-125.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

	รายชื่อ	ตำแหน่ง
1.	นายแพทย์ประยุทธ์ เสรีเสถียร	พบ.ว.จิตเวชศาสตร์ ว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา ที่ปรึกษาสถาบันนิติจิตเวช เด็กเยาวชนและครอบครัว
2.	นางดวงตา กุศลตันญาณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
3.	นางโชติพร พันธุ์วัฒนาชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระนารายณ์มหาราช
4.	อาจารย์จิราพร รักการ	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
5.	อาจารย์นภัทร เตี้ยอนุกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชัยนาท

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

1. โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์
4. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

1. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก สร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก และสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว
2. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. แสดงสัมพันธภาพ ที่ดีต่อผู้วิจัย สมาชิกกลุ่ม และ ครอบครัว
2. บอกลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัวได้
3. บอกวิธีการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวได้
4. ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว โดยผู้วิจัยพยายามเข้าหาครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคย และเข้ากับครอบครัวได้ ไม่ใช่ทำความรู้จักแบบผิวเผิน ทำให้ครอบครัวรู้ว่า ผู้วิจัยยอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคน และเมื่อสมาชิกกลุ่มเกิดความคุ้นเคยกัน ความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน มองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการ และความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น ประกอบกับการที่สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะช่วยทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น

2. เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการผ่อนคลายความเครียดในชีวิตประจำวัน ได้อย่างเหมาะสม ใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกสามารถ

1. บอกระดับความเครียดของตนเองได้
2. บอกถึงสาเหตุ และ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้
3. บอกวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้
4. มีทักษะในการจัดการกับความเครียดได้

.....

.....

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเกิดความมั่นใจในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวัน

2. เพื่อประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม ที่ 6 สมาชิกสามารถ

1. บอกลักษณะการสื่อสารเชิงบวกที่เกิดขึ้นในครอบครัว
2. ทบทวนความรู้และทักษะที่สำคัญในแต่ละกิจกรรมได้
3. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติที่บ้าน

สาระสำคัญ

.....

.....

2. แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาแล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นอยู่ตลอดเวลา
มาก	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์
น้อย	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้งหรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงอัตนัย					
1. ท่านรู้สึกเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
4. ท่านรู้่น้อยใจในโชคชะตาของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่นที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
5. ท่านรู้สึกซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
6					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
12. ท่านกังวลว่าต่อไปนี้ไปผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไร					

คำชี้แจง โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน
มาก	หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกอาทิตย์
ปานกลาง	หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง
น้อย	หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านนานครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านน้อยมากหรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงปรนัย					
1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่าน					
2. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
3. เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น					
4. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอาระวาด จะทำร้ายท่านหรือสมาชิกในครอบครัวจนได้รับบาดเจ็บ					
5. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลานอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ					
6.					
.....					
.....					
.....					
.....					
12. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลียรับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลดนอนไม่หลับ					

3. แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์

คำชี้แจง : ให้คุณพิจารณาบุคคลในครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งใกล้ชิดกับคุณที่สุดในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา แล้วกรุณาตอบแบบสอบถามด้านล่างถึงการกระทำของผู้ดูแลหลักซึ่งส่งผลต่อคุณ ด้วยการเลือกคำตอบในช่องขวามือที่ตรงกับความคิดของคุณมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยตอบ “ใช่” หากคุณคิดว่าข้อความในข้อนั้น เป็นเรื่องจริง หรือเลือกคำตอบ “ไม่ใช่” หากคุณคิดว่าข้อความนั้นเป็นเรื่อง “ไม่จริง”

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. เข้าใจฉันแม้ในบางเวลาที่ฉัน ไม่ต้องการพูด		
2. สามารถทำให้ฉันรู้สึกดีขึ้นเวลาที่รู้สึกเศร้า		
3. พูดว่า ฉันไม่สามารถควบคุมตัวเองได้		
4.		
.....		
.....		
58. พยายามทำให้ฉันรู้สึกอ่อนใจเวลาฉันรู้สึกไม่สบาย		
59. พยายามทำให้ฉันรู้สึกอ่อนใจเวลาฉันรู้สึกไม่สบาย		
60. คาดหวังให้ฉันมีความพยายามมากกว่าเดิมแม้ขณะนั้นฉันจะรู้สึกไม่ค่อยสบาย		

4. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย / ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภท คือ โรคจิตชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น และมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกและการกระทำที่ผิดปกติจากคนทั่วไป		
2. ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความคิดไม่ปะติดปะต่อ ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพูดผิดปกติ		
3. ผู้ป่วยจิตเภททุกคนจะคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายคนอื่น		
4. ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นไม่เห็นและไม่ได้มีอยู่จริง หรือหูแว่ว ได้ยินเสียงแปลกๆ เป็นต้น		
5. ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็นและไม่ได้มีอยู่จริงหรือหูแว่ว ได้ยินเสียงแปลกๆ เป็นต้น		
6.		
.....		
.....		
.....		
.....		
27. การลดความตึงเครียด ความขัดแย้งในครอบครัว หลีกเลี่ยงการแสดงความโกรธ รวมทั้งการให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจแก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้		
28. อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดต้นคอบ่อยๆ หงุดหงิด หรือนอนไม่หลับ ที่เกิดขึ้นของท่านอาจจะมีสาเหตุมาจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท		
29. การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่งผลให้บุคคลมีจิตใจสงบ ลดการฟุ้งซ่าน ความวิตกกังวลลดลงและสบายใจมากขึ้น		
30. การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทควรใช้คำพูดสั้นๆ ได้ใจความเข้าใจง่าย		

5. แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับความคิด การกระทำ ความรู้สึกต่อการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านมือในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงถูกผิด

ไม่เป็นความจริง หมายถึง ข้อความนี้ไม่ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกเลย
 เป็นความจริงน้อยครั้ง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกบ้าง
 เป็นความจริงบ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกส่วนมาก
 เป็นความจริงทั้งหมด หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกทุกครั้ง

ข้อความ	ไม่เป็นความจริง	เป็นความจริงน้อยครั้ง	เป็นความจริงบ่อยครั้ง	เป็นความจริงทั้งหมด
1. ท่านยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วย				
2. ท่านแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นที่ละประเด็น				
3.....				
10. ท่านนำประสบการณ์เดิมมาจัดการกับความเครียด				
11. การได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทำให้ท่านจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น				
12.....				

ภาคผนวก ค
การหาความเสี่ยงของเครื่องมือ

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

หาความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

เครื่องมือ	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม	ความเที่ยงของเครื่องมือ																		
แบบวัดการ เผชิญ ความเครียด แบบมุ่ง แก้ปัญหา	<p>Case Processing Summary</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>N</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cases Valid</td> <td>30</td> <td>100.0</td> </tr> <tr> <td>Excluded(a)</td> <td>0</td> <td>.0</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>30</td> <td>100.0</td> </tr> </tbody> </table> <p>a Listwise deletion based on all variables in the procedure.</p>		N	%	Cases Valid	30	100.0	Excluded(a)	0	.0	Total	30	100.0	<p>Reliability Statistics</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cronbach's Alpha</th> <th>N of Items</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.802</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table>	Cronbach's Alpha	N of Items	.802	12		
	N	%																		
Cases Valid	30	100.0																		
Excluded(a)	0	.0																		
Total	30	100.0																		
Cronbach's Alpha	N of Items																			
.802	12																			
แบบวัด ภาระการ ดูแล	<p>Case Processing Summary</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>N</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cases Valid</td> <td>30</td> <td>100.0</td> </tr> <tr> <td>Excluded(a)</td> <td>0</td> <td>.0</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>30</td> <td>100.0</td> </tr> </tbody> </table> <p>a Listwise deletion based on all variables in the procedure.</p>		N	%	Cases Valid	30	100.0	Excluded(a)	0	.0	Total	30	100.0	<p>Reliability Statistics</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cronbach's Alpha</th> <th>Cronbach's Alpha Based on Standardized Items</th> <th>N of Items</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.823</td> <td>.824</td> <td>24</td> </tr> </tbody> </table>	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items	.823	.824	24
	N	%																		
Cases Valid	30	100.0																		
Excluded(a)	0	.0																		
Total	30	100.0																		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items																		
.823	.824	24																		

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดย ใช้สูตรคูเคอร์รี่ชาร์คสัน 20 (KR-20)

1. แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์

$$r_u = \frac{k}{k - 1} \left[1 - \frac{\Sigma pq}{\sigma_y^2} \right]$$

$$r_u = \frac{60}{60 - 1} \left[1 - \frac{11.88}{75.08} \right]$$

$$r_u = 1.01 [1 - 0.15]$$

$$r_u = 1.01 [.85]$$

$$r_u = .86$$

2. แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

$$r_u = \frac{k}{k - 1} \left[1 - \frac{\Sigma pq}{\sigma_y^2} \right]$$

$$r_u = \frac{30}{30 - 1} \left[1 - \frac{4.37}{6.90} \right]$$

$$r_u = 1.03 [1 - .20]$$

$$r_u = 1.03 [.80]$$

$$r_u = .82$$

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดย นางชนิษฐา สุขทอง (ที่อยู่ 86/25 หมู่ 2 ตำบลสิงห์ อ.บางระจัน จ.สิงห์บุรี รหัสไปรษณีย์ 16130 โทรศัพท์ 089- 5390622) เป็นผู้ทำวิจัย

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางชนิษฐา สุขทอง)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ภาคผนวก ง
ผลการพิจารณารายชื่
การขอใช้เครื่องมือ
การอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

ผลการพิจารณาจริยธรรม
จาก คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....งานพัฒนาบุคลากร กลุ่มพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ...โทร.....๑๕๔.....
ที่...สท ๐๐๒๗.๒๐๒/๗๑.....วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี/ประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

ด้วยข้าพเจ้า นางชนันท์ญา สุขทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งาน คลินิกผู้ป่วยนอก ฝ่าย การพยาบาลโรงพยาบาลสิงห์บุรี

มีความประสงค์จะทำวิจัยเรื่อง(ชื่อภาษาไทย)...ผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อครอบครัวแบบกลุ่ม
ต่อการดูแลและดูแลคนแก่ ๑๐๗ ทวีอารมณ์ สิ่งของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

- เพื่อ
- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | การศึกษาวิจัย | <input type="checkbox"/> | การขอขึ้นทะเบียนยาในประเทศ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | การศึกษาในหลักสูตร | <input type="checkbox"/> | การขอขึ้นทะเบียนยาในต่างประเทศ |
| <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ | <input type="checkbox"/> | การขอขึ้นทะเบียนยาในต่างประเทศ |
- ทุนสนับสนุนงานวิจัย
- | | | | |
|--------------------------|-----------|-------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | ภาครัฐบาล | <input type="checkbox"/> | ภาคเอกชน |
| <input type="checkbox"/> | มูลนิธิ | <input checked="" type="checkbox"/> | ส่วนตัว |
- ประเภทโครงการวิจัย
- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | ทั่วไป |
| <input type="checkbox"/> | ความเสี่ยงต่ำ (ศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน บทความ บทสัมภาษณ์ แบบสอบถาม ศึกษาสิ่งส่งตรวจต่าง ๆ จากร่างกาย) |

ลงนาม.....(นางชนันท์ญา สุขทอง).....ผู้วิจัย

เรียน รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

- แบบเสนอโครงการวิจัย ถูกต้อง ครบคลุม ครบถ้วน
 ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการฯ

เพื่อพิจารณา

ลงนาม.....สมชาย ใจดี.....

(นายวิโรจน์ มาเสนาะ)

หัวหน้างานพัฒนาบุคลากร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการ / ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เพื่อพิจารณา อนุมัติ

ลงนาม.....(นายนิรันดร์ ชัยศรีสุภาพร).....

(นายนิรันดร์ ชัยศรีสุภาพร)

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อนุมัติ

ลงนาม.....(นายวิรศักดิ์ ครอบงำเจริญ).....

(นายวิรศักดิ์ ครอบงำเจริญ)

ผู้อำนวยการ / ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสิงห์บุรี

วันที่...๒๖...เดือน...๒๕๖๕...พ.ศ...๒๕๖๕

การขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

Dear Sir

This email is submitted to you as intended as my educational request to your kind support. My name is Kanitha Sukthong. I am taking the program of Master of Mental Health and Psychiatric Nursing Science at Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.

I am now carrying on my research entitled “EFFECTS OF FAMILY GROUP PSYCHOEDUCATION ON HIGH EXPRESSED EMOTION IN CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY”, which is a thesis as require by the program. I am interested in using your instrument “The Level of Expressed Emotion Scale: LEE” in my master thesis.

Accordingly, I am asking for your permission to translate this questionnaire to Thai language to be used in my research. If you allow me to use and translate your instrument, would you please send me the instrument package including its scoring and quality information. Please also notice me the detail and term of expenses.

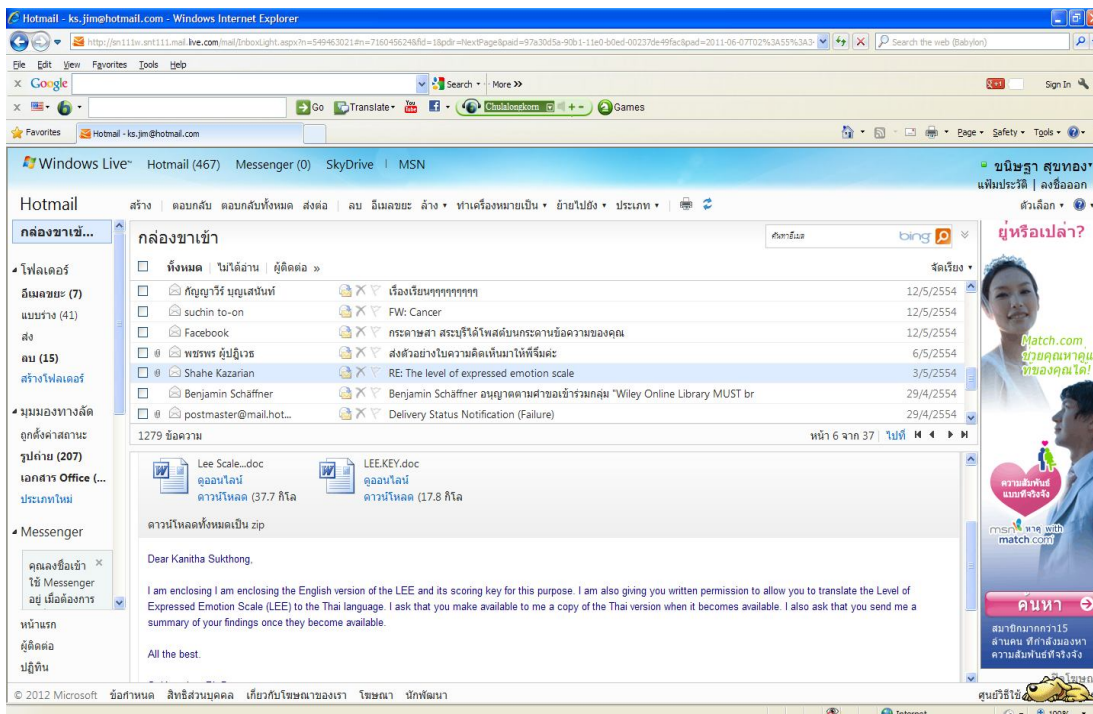
I would be highly grateful if this request is valid and going to be approved by you.

Thank you in advance. I am looking forward to see your reply at your earliest convenience.

Best regards,

Kanitha Sukthong

การตอบอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ
วัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion Scale (LEE))



Dear Kanitha Sukthong,

I am enclosing I am enclosing the English version of the LEE and its scoring key for this purpose. I am also giving you written permission to allow you to translate the Level of Expressed Emotion Scale (LEE) to the Thai language. I ask that you make available to me a copy of the Thai version when it becomes available. I also ask that you send me a summary of your findings once they become available.

All the best.

S. Kazarian, Ph.D.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางชนิษฐา สุขทอง

เกิดวันที่ 5 มกราคม 2510

วุฒิการศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ ปี พ.ศ. 2532

- สาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยโขทัยธรรมมาธิราช ปี พ.ศ. 2537

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลบางระจัน อ. บางระจัน จ. สิงห์บุรี