

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กองแพทย์ทางเลือก. 2547. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. 2547. การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของ
ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ ฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เกษม ดันดีผลาวิวะ. 2536. โรคจิตเวช. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กุลวดี มุทุมม และคณะ. 2543. การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานและสมรรถนะในการปฏิบัติการ
พยาบาลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. พยาบาลสาร. 27(3): 49-61.
- จลี เจริญสรรพ. 2546. ความพึงพอใจในงานของผู้ให้บริการสุขภาพในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิต
เวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุวรรณ จินดามงคล และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2542. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้าง
พลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิต
เวชและสุขภาพจิต. 13 (ม.ค.-มิ.ย.).
- จินดนา บุญพันธ์. 2542. การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.
13 (มกราคม-มิถุนายน): 58-59.
- จอม สุวรรณ โฉ. 2541. ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล
ศาสตร์. 7(3):147-154.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. 2541. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ ฯ: บริษัท
ยุทธรินทร์การพิมพ์ จำกัด.
- ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี. 2531. การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง
ประเทศไทย. 33(3): 91-102.
- ชุลีพร ชวงค์. 2545. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยโรคจิตเภทและสมาชิก
ครอบครัวที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. โรงพยาบาล
สวนสราญรมย์ สุราษฎร์ธานี.
- ชวนชม วงศ์ไชย. 2546. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ณัฐชา พรหมบุตร. 2545. **สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ครุณี คชพรหม. 2542. **การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ครุณี รุจกรกานต์. 2542. **หลักการและแนวคิดในการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช**. วารสารพยาบาลจิตเวช. 7(2): 20-22.
- คารณี จามจรีและ จินตนา บุญพันธ์. 2545. **รายงานการวิจัยการศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย**. สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- คารณี จามจรี และ จินตนา บุญพันธ์. 2544. **การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง**. เอกสารประกอบปริญญาานิพนธ์คุณวุฒิบัณฑิต สาขาวิจัยและการพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. 2540. **การสร้างพลังอำนาจ: กลยุทธ์ในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล. 3(2): 200-211.
- ทิวาพร พู่เฟื่อง. 2544. **การศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต**. ศูนย์สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ทีปประพิน สุขเชียว. 2543. **การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนา บุญทอง. 2543. **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพไทย, ที่พึงประสงค์ในอนาคต**. กรุงเทพมหานคร: ศรียอดการพิมพ์.
- นรวิวี พุ่มจันทร์. 2548. **การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ**. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 13(3): 146-156.
- นพรัตน์ ไชยธานี. 2544. **ผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุญวดี เพชรรัตน์, เขาวนาถ สุวลักษณ์. 2547. ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 12(3).
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. 2544. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ. 2540. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ. เจริญผล.ปรารธนา บริจันท์. 2536. **รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรม การเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต.** ขอนแก่น : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่น.
- ประไพศรี บูรณางกูล. 2538. **การศึกษาความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต.** รายงานการวิจัย ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กรมสุขภาพจิต.
- ปีتما ทัพเสรีไพท. 2535. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนตัว การสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญภาวะเครียดของครอบครัวจิตเภทผู้ใหญ่.** วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พนารัตน์ เจนจบ. 2542. **การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชร อินอ้อม. 2531. **ความคิดเห็นของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท.** วารสารสุขภาพจิตชุมชน. 9: 16-18.
- พวงรัตน์ บุญญาบุรุษย์. 2537. **ประเด็นปัญหาวิจัยทางการแพทย์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ลำดับความสำคัญ : ในการประชุมวิชาการศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่อง วิจัยทางการแพทย์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า : ทิศทาง และรูปแบบ.** กรุงเทพมหานคร: สาธารณสุขแห่งอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พหล วงศาโรจน์. 2541. **การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต : ยุทธศาสตร์ความมั่นคงแห่งชาติในอุดม เพชรสังหาร, บุญชัยนวมงคลวัฒนา, และพันธ์ศักดิ์ วรอำสวปดี (บรรณาธิการ), ประชาคมสุขภาพจิตอีสาน.** ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และ พรชัย พงษ์สงวนสิน. 2544. **สถานการณ์การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว.** วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 9(3).
- กุมภาพันธ์ชาติ แสงเขียว. 2542. **การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ยาใจ สิทธิมงคล. 2542. **ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช : แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13 (ก.ค.-ธ.ค.).**
- เขาวลัทธิ กิ่งหนอม. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- บุภาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2539. **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. ราชบัณฑิตยบาลสาร. 2(1): 84-94.**
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. 2543. **สุขภาพจิตและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- รัชนีกร อุปเสน. 2541. **การศึกษาบทบาทและภาวะของญาติผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- วาสนา ปานดอก. 2545. **กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- วินัย วิริยกิจจา และคณะ. 2542. **สรุปการประชุมการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างคุณภาพครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชในศตวรรษที่21. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.13(ก.ค.-ธ.ค.).**
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. 2537. **การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์. 21(14): 33-37.**
- วรกษ นิธิกุล. 2535. **การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- เวทีณี สุขมาก และคณะ. 2544. **บุทวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 45(2): 107-116.**
- วรรณภา สุทธิอำนาจกุล. 2546. **การพยาบาลจิตเวชกับแนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 17 (ก.ค.-ธ.ค.).**
- วันเพ็ญ ยืนยงแสน. 2545. **การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การค้นคว้าอิสระปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**

- ศิริินภา นันทพงษ์. 2542. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศันสนีย์ พูลผล. 2547. การศึกษาการจัดระบบการดูแลในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
จังหวัด สมุทรสงคราม. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์วิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลประจำบุรีรัมย์. 2548. การประเมินผลตามแผนยุทธศาสตร์
ประจำปีงบประมาณ 2548.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2547. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักพัฒนา
เครือข่ายบริการสุขภาพ. มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :
ม.ป.ก. 2545.
- สมาคมจิตแพทย์ประเทศไทย. 2536. ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 1. กรุงเทพฯ
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวิมล สมิตตะ. 2541. ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถในการ
ดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถิต วงศ์สุรประกิจ. 2542. ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. 2540. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก
ทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. 2541. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก
100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 5(มิ.ย- ก.ย.): 4 – 14.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. 2541. คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ.
ทุนสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. 2545. การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก : รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- เสาวลักษณ์ ขาสวรรณ. 2545. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การค้นคว้าอิสระปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สัมพันธน์ มณีรัตน์. 2546. ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อ
การบำบัดต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมคิด ตีร์ราภิ. 2545. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2540. การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี เจ พรินติ้ง.
- หงส์ บรรเทิงสุข. 2545. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
พระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. 2545. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุษา พิงธรรม และคณะ. 2541. การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับพยาบาล. คู่มือการ
ฝึกอบรม กรมสุขภาพจิต.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. 2543. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. 2542. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสารการ
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13 (ม.ค.-มิ.ย.).
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. 2541. การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 12 (ม.ค.-ธ.ค.).
- อัญชลี ศรีสุพรรณ. 2547. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการ
ดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อวยพร ดันมุขกุล. 2542. การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองทางพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแล
ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง วารสารสวนปรุง. 15(ก.ย.-ธ.ค.): 1-13.

ภาษาอังกฤษ

- Akey T.M.et al. 2000. Validation of scores on the psychological empowerment scale: A measure of Empowerment for parents of children with a disability. **Educational & Psychological Measurement.** 60(3): 419 – 438.
- Baker, A.F. 1989. Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit: How families cope. **Journal of Psychosocial Nursing.** 27: 31-36.
- Berger, B.A., Anderson-Harper, H.M. and Kavookjian, J. 2000. **Patient Empowerment.** (Online). Available from.
:<http://pharmacy.auburn.edu/pcs/download/empowerment.html>
- Bickman, Leonard. 1998. Long term outcome to family caregiver empowerment. **Journal of child and Family Studies.** 7(3): 269-282.
- Bobes, J., and Gonzalez, M.P. 1997. **Quality of life.** In: **Kastching,H.Freeman,H. & Satorious N.editor.Quality of life in mental disorders.** New York.John Wiley & sons.
- Caron, J., et al. 1998. Component of social support and quality of life in severely mentally ill, low income and a general population group. **Community Mental Health Journal.** 34(5): 459 – 475.
- Conger, J.A., and Kanungo, R.N. 1988. **The Empowerment process : Integrating Theory and Practice.** Academy Manadement Review. 13: 471 – 482.
- Corrigan W.P., others. 1997. **The construct validity of empowerment among consumers of Mental Health Service.** University of Chicago Center of Psychiatric Rehabilitation.
- Chutarat Sathirapanya. 2001. **The Effectiveness of Empowerment for Enhancing Quality of Life Among Ischemic Stroke Patients Attending Songkhla Neuropsychiatric Hospital.** A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Public Health Faculty of Graduate studies. Mahidol University.
- Davis,L.L. 1992. Building a science of caring for caregiver. **Family & Community Health.** 15(2): 758 – 776.
- Elliot D.P. 1998. Caregiver issues in patients with dementia. **Journal of Consultant Pharmacists.** 13: supplement 11A.

- Francell G.C. 1998. **Family perception of burden of care for chronic mentally ill relative.** *Hospital and Community Psychiatry.* 39(12): 1296-1300.
- Gibson, C.H. 1993. **A study of empowerment in mothers of chronically ill children.** Unpublished doctoral dissertation. Boston College Boston.
- Gibson, C.H. 1995. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. **Journal of Advanced Nursing.** 21: 1201-1210.
- Gopnath,K.Y., & Chaturvedi, A.J. 1992. Distressing behaviour of schizophrenics at home. **Acta Psychiatric Scandinavica.** 86: 185 – 188.
- Haug,M.R.,& Folmar,S.J. 1986. Longevity,gender and life quality. **Journal of Health and Social Behavior.** 27: 331-345.
- Hulme. P.A. 1999. Family Empowerment : A Nursing Intervention With Suggested Outcomes for Family of Children With a Chronic Health Condition. **Journal of Family Nursing.** 5(1) : 39-50.
- Kane.C. 1984. The outpatient comes home : The Family' response to deinstitutionalization. **Journal of Psychosocial.** 22(11): 19-25.
- Liu,B. 1975. Quality of lift : Concept, measure and results. **The american Journal of Economics and Sociology.** 34: 11-16.
- Lubkin, L.M. 1986. **Chronic illness:impact and intervention.** Boston Jones and Bartlet Publisher,Inc. Martyns-yellowe, I.S.The burden of schizophrenia on the family. **British Journal of Psychiatry.** 161: 779-782.
- Meeberg,G.A. 1993. Quality of life : a concept analysis. **Journal Advance of Nursing.** 18: 38–48.
- Mohr.W.K. 2000. Partnering with Families. **Journal of Psychosocial Nursing.** 38(1): 15-21.
- Mok,E et al. 2002. Perception of empowerment by family caregivers of patients with a terminal illness in HongKong. **International Journal of Palliative Nursing.** 8(3): 137-145.
- Nirbhay , N.S and John W.E. 1997. Empowerment status of family whose children have Serious Emotional Distance and attrition deficit/hyperactivity Disorder. **Journal of Emotion and Behavioral Disorder.** 5(4) : 223-229.
- Ostwald K.S, et al. 1999. Reducing caregiver burden: A Randomizes psychoeducational intervention for caregivers of person with dementia. **Gerontologist.** 39(3): 299-309.

- Paker P.A. 1993. Living with mental illness: The Family as caregiver. **Journal of Psychosocial.** 31(3) : 19-21.
- Ruppert, R.A. 1996. Caring for lay caregiver. **American Journal of Nursing.** 96: 40-45.
- Suk bling, M.S. 1998. **A model of empowerment for Hong Kong Chinese cancer patients and The role of self – help group in the empowerment process.** Dissertation: Ph.D. (Nursing). Hong Kong: The Hong Kong Polytechnic University. Photocopied.
- Ware, J. E. 1984. Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. **Cancer.** 3: 2316-2323.
- WHOQOL Group. 1996. What quality of life ? **World health forum.** 17: 354 – 356.
<http://www.dmh.moph.go.th/test/whogol/>
- Zimmerman , M. A. 1995. Psychological Empowerment:Issues and illustrations. **American Journal of Community Psychology.**23(5): 581-599.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน
นายแพทย์ธนวีร์ พุ่มจันทร์	จิตแพทย์ 9 หัวหน้ากลุ่มงาน โรงพยาบาลกลางวัน	สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางสมคิด ศรีราภิ	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา
นางนารีลักษณ์ พรหมศิริ	พยาบาลวิชาชีพ 6	โรงพยาบาลจุฬโรษาสาท วโทยโปถัมภ์

ภาคผนวก ข

คู่มือ

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

โดย นางบุษรา ไสวานิช

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

หลักการและเหตุผล

นโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ มีเป้าหมายหลักคือให้ประชาชนมีสุขภาพดี ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จุดเน้นของระบบบริการจะมุ่งเน้นที่งานสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย (กรอบการวิจัยสุขภาพจิต, 2548-2552) สุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสุขภาพ คำนึงนิยามขององค์การอนามัยโลกที่ให้ความหมายว่า “สุขภาพเป็นภาวะที่สมบูรณ์พร้อมของร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ในสังคม ซึ่งไม่ใช่เพียงการหายจากโรคหรือทุพพลภาพ และเป็นเรื่องที่มีความสำคัญกับการดำเนินชีวิตของคนเรา เนื่องจากสุขภาพจิตหมายถึงสภาพจิตที่เป็นสุข สามารถมีสัมพันธภาพ และรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นไว้ได้ ตลอดจนสามารถวางตัวได้อย่างเหมาะสม และดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ปราศจากอาการของโรคทางจิต (WHO, 1976) หากบุคคลเกิดมีปัญหาสุขภาพจิตขึ้น จนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ย่อมส่งผลกระทบต่อสังคม และการพัฒนาประเทศ

จากนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาตัวต่อเนื่องที่บ้าน ถ้าจำเป็นต้องรับรักษาตัวไว้ในโรงพยาบาล ก็พยายามให้อยู่ในโรงพยาบาลในระยะสั้นที่สุด โดยที่จะให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเข้าสู่ชุมชนโดยเร็ว (ธนู ชาติชนานนท์(2539 อ้างถึงใน พหล วงศาโรจน์, 2541) โดยเน้นรับการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในระยะลับต้นและรุนแรงที่อาจจะก่อให้เกิดอันตราย ต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นเท่านั้น กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีนโยบายผลักดันครอบครัวให้เป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านได้ดีขึ้น สามารถลดต้นทุน และเป็นการคุ้มทุนในเชิงเศรษฐกิจ เป็นการลดค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น ซึ่งนับว่าเป็นบริการที่มีต้นทุนค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (กรมสุขภาพจิต,2545) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว (ศิริรณภา นันทพงษ์, 2542) ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้อง ของผู้ป่วยที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงอย่างใกล้ชิด ปรึกษา ปรึกษา และให้การสนับสนุนต่อการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น พบว่าครอบครัวที่ต้องดูแลมีภาวะสุขภาพจิตที่น่าเป็นห่วง โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลจำนวนมากต้องเผชิญกับความรู้สึกถูกคุกคาม ข่มขู่จากผู้ป่วยจิตเภทเป็นประจำ สร้างความเครียดต่อเนื่องทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตและสุขภาพกาย รู้สึกโกรธกับการไร้ความสามารถของผู้ป่วย (Buck Walter et al., 1999 อ้างใน สมคิด ศรีราภิ , 2545) นอกจากนั้นภาระจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ยังทำให้ครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นหรือขาดรายได้ เนื่องจากค่าใช้จ่ายส่วนตัวและค่ารักษาพยาบาลที่

จำเป็นต้องจ่ายอย่างต่อเนื่องและระยะยาว ทำให้ครอบครัวมีความเครียดทางการเงิน และมีหนี้สิน (เขาวลักษณะ กลิ่นหอม, 2540) มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน (2544) พบว่าผู้ดูแลมีชีวิตความเป็นส่วนตัวลดลง ไม่มีเวลาทำกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม ทำให้เหน็ดเหนื่อยกับภาระที่ได้รับจากการดูแล ส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการใจสั่น ปวดศีรษะ แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม และความดันโลหิตสูง และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่สำคัญคือด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล เศร้า และเกิดความรู้สึกเครียดเนื่องจากผู้เป็นโรคจิตเภท มีความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น มีอาการประสาทหลอนหรือหลงคิด หวาดระแวง มีพฤติกรรมก้าวร้าว (รัชนิกร อุปเสน, 2541; เอื้ออารีย์ สาลีทา, 2543 ; ขอดสร้อย วิเวกวรรณ ; 2543) สิ่งเหล่านี้ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงสถานะของตนในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งทั้ง 4 ด้านเป็นความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล (The WHOQOL Group, 1994 อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2547) และการที่บุคคลต้องรับภาระหนักเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดเป็นความเครียดเรื้อรังทำให้สภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกแปรเปลี่ยนไป นอกจากนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของบุคคลในครอบครัวถือเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและไร้ความสามารถ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทยังเป็นมลทิน สิ่งเหล่านี้เป็นความซับซ้อนที่ก่อให้เกิดความรู้สึกการสูญเสียพลังอำนาจ(Powerlessness)ต่อผู้ดูแลในครอบครัว (Parker, 1993 อ้างในสมคิด ศรีราที , 2545) ซึ่งภาวะสูญเสียพลังอำนาจ จะก่อให้เกิดผลเสียต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (Low self esteem) มีผลให้มีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบต่างๆเช่น โกรธ ก้าวร้าว วิตกกังวล ซึมเศร้า และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลงได้ (เขาวลักษณะ กลิ่นหอม , 2540)

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถปรับตัวและเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ได้ตระหนักในความสามารถและเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจในการจัดการควบคุมสถานการณ์ เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (จอม สุวรรณโณ , 2541) Bling (1998) ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็ง ชาวจีนพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองทำให้ได้ผลลัพธ์ในด้านการให้ความหมายต่อชีวิต ความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับความเจ็บป่วย ความคิดทางบวก รวมถึงความผาสุกทางจิต เช่นเดียวกับ สัมพันธ์ มณีรัตน์ (2546) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและ

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น นอกจากนี้ สมคิด ศรีราที (2545) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าภาระการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชลดลง ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545)

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยการให้ความรู้ การมีส่วนร่วมกับทีมการรักษาและเพิ่มความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแลว่าเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญซึ่งเป็นกลยุทธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถปรับตัวต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีศักยภาพในการจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ ได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของสมคิด ศรีราที (2545) ซึ่งได้พัฒนาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของGibson (1995) และ Dunst & Trivette (1996 cited in Hulm , 1999) ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะพัฒนาการใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถ และความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิขของตนเองมีความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคมที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง และการสร้างประสิทธิภาพของคนในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาศักยภาพการดูแล และขั้นตอนที่ 4 พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ คือสภาพของการมีพลังอำนาจ โดยแสดงออกถึงคุณสมบัติของการมีอำนาจในการควบคุม จัดการ การเข้าไปมีอิทธิพลและการใช้ทรัพยากรหรือความรู้ความสามารถของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมวิจัยต่างๆ เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสม ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผู้ศึกษาพบว่า “โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ” เป็นการให้ความรู้ การสนับสนุนข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการคิดและแก้ปัญหา สามารถช่วยให้ครอบครัวนำศักยภาพทางสติปัญญาและพลังงานในตนเองมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด การสนับสนุนความรู้และแหล่งของอำนาจ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยให้บุคคลพัฒนาตนเองเพื่อป้องกันหรือลดการสูญเสียพลังอำนาจได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีความรู้สึกเป็นอิสระ ปลอดภัยมั่นคงในชีวิต รับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากสังคม ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนามาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ สมคิด ศรีราภิ (2545) ซึ่งได้พัฒนามาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และ Dunst & Trivette (1996 cited in Hulm , 1999) ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม โดยแบ่งระยะของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นขั้นตอนแรกของการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่มๆละ 3-5 คน ในการคิด ทบทวนและอภิปรายถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งคุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจ ซึ่งเกิดจากการประเมินการรับรู้ของบุคคลในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่าง ๆ ของเขาอันสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวังในชีวิต มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1.ด้านร่างกาย คือ ความรู้สึกถึงความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจสภาพทางด้านร่างกาย ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน

2.ด้านจิตใจ คือ การรับรู้ถึงความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง มีความรู้สึกภาคภูมิใจ มั่นใจในตนเอง มีความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น ความรู้สึกถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และการที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งความรู้สึกในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม คือ ความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต

เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเอง และมีความรู้ความเข้าใจ เกิดความรู้สึกมั่นใจมีกำลังใจ เกิดความเข้าใจชัดเจนในการดูแล

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นระยะของการพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคล โดยจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม ๆ ละ 3-5 คน ในการคิดทบทวนและอภิปรายถึงสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล ความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตนเองและของผู้ป่วย มีผลนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดใหม่ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาศักยภาพการดูแล เป็นการจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม ๆ ละ 3-5 คน ในการคิดทบทวนอภิปรายการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมทั้งทางร่างกาย จิตใจ รวมถึงการตอบสนองอาการผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท และกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ประสบการณ์ตรง และพยายามแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้นมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง และลงมือปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล เป็นการจัดให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม ๆ ละ 3-5 คน ในการคิดทบทวน วิเคราะห์ ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนด ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขการปรับแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพให้กำลังใจสนับสนุนให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุดเพื่อให้ผู้ดูแลมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อสร้างเสริมภาวะสุขภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2) เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน
- 3) เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

โดยต้องมีคุณสมบัติดังนี้

- (1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยตรงที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
- (2) เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง หรือบุตร ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วย โดยไม่หวังค่าตอบแทนใดๆ
- (3) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี
- (4) มีความประสงค์เข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจ
- (5) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบถ้วนตั้งแต่ต้นจนจบ

จากการศึกษาขนาดและระยะเวลาการทำกลุ่ม สรุปได้ว่า การจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเป็นกลุ่ม จำนวนขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสมคือ กลุ่มละ 3-5 คน เข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงในระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้ช่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่ง Dr.D.J.Nicol (อ้างในกรมสุขภาพจิต,2541) ได้พัฒนาแนวทางการคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb (1984 อ้างในกรมสุขภาพจิต,2541) ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) และได้เสนอว่าประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้ และการพัฒนาในลักษณะการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม จะทำให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้เกิดการเรียนรู้ได้สูงสุด

กระบวนการใช้โปรแกรม ใช้รูปแบบการดำเนินงานกิจกรรมกลุ่ม โดยมีกระบวนการดังนี้

- (1) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
- (2) เปิดเผยความรู้สึกละเอียดต่อสมาชิกกลุ่ม
- (3) ประชุมปรึกษาแสดงความคิดเห็นต่อกัน
- (4) ผู้ศึกษาสรุปและบรรยายประเด็นสำคัญ
- (5) ฝึกปฏิบัติ

โครงสร้างโปรแกรม ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัว

- การคิดทบทวนและอภิปรายถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล
- ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- การคิดทบทวนผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง

- การคิดทบทวนและอภิปรายถึงสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล
- การคิดถึงความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาศักยภาพการดูแล

- การคิดทบทวนอภิปรายการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมทั้งทางร่างกาย จิตใจ
- การตอบสนองอาการผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท
- และกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยและนำแผนไปปฏิบัติ
- พยายามแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล

- การคิดทบทวน วิเคราะห์ ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ
- หาแนวทางการแก้ไขการปรับแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพ

การบริหารจัดการ

ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ขั้นตอน ๆ ละ 1.30 - 2 ชั่วโมง

การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

1. ใช้แบบฟอร์มใบสมัครเข้าร่วมโปรแกรม
2. คัดเลือกผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทตามคุณสมบัติข้างต้น
3. สมัครใจและเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรมครบทั้ง 4 ขั้นตอน

ผู้ใช้โปรแกรม

พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

การประเมินผล

1. ประเมินผลด้วยแบบประเมินการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยประเมินผลทันทีหลังจบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครบ 4 ขั้นตอน
2. ประเมินผลหลังจากเสร็จสิ้นในแต่ละกิจกรรม โดยการสังเกตเพื่อประเมินความสนใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการศึกษา วัดคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย WHOQOL -BREF - THAI -26 หลังจากจบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลการเสริมสร้างพลังอำนาจนำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยร้อยละ
3. ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบก่อนและหลังการให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 สัปดาห์โดยทดสอบค่าที (Paired t – test)
4. กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางการทำกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
สัปดาห์ที่ 1	ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาการรับรู้ สภาพการณ์จริงของ ผู้ดูแลในครอบครัว	วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้และเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิด ขึ้นกับตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภท วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภท 1. สามารถบอกสาเหตุ อาการ การ รักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ 2. สามารถอธิบายถึงผลกระทบด้านลบที่ เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภท
สัปดาห์ที่ 2	ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการตระหนัก ในคุณค่าของตนเอง	วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย ความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยและยอมรับ บทบาทผู้ดูแลอย่างเต็มใจ วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม 1. ผู้ดูแลสามารถบอกสาเหตุที่ต้องรับ บทบาทผู้ดูแล 2. ผู้ดูแลสามารถบอกความสำคัญของ ผู้ป่วยและความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
สัปดาห์ที่ 3	<p>ขั้นตอนที่ 3</p> <p>พัฒนาศักยภาพการดูแล</p>	<p>วัตถุประสงค์ทั่วไป</p> <p>- เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์ตรงสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>- เพื่อให้ผู้ดูแลมีข้อมูลในการตัดสินใจเลือกแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสม</p> <p>วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถอภิปรายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจ 2. ผู้ดูแลสามารถเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม
สัปดาห์ที่ 4	<p>ขั้นตอนที่ 4</p> <p>พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล</p>	<p>วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความสามารถของผู้ดูแลในทางบวกทำให้มีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป</p> <p>วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ผู้ดูแลสามารถบอกถึงความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างดีที่สุดต่อไป</p>

แผนการดำเนินงานกิจกรรมที่ 1

เรื่อง พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัว

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทรับรู้และเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมเนื่องจากการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. สามารถบอกสาเหตุ อาการ การรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
2. สามารถอธิบายถึงผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

1. บุคคลจะรู้สึกดีขึ้นหากมีการเปลี่ยนความคิด โดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็นความช่วยเหลือซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการให้ข้อมูลดังกล่าวแก่ผู้ดูแล ถือว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งและเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในตัวผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลให้ดีขึ้น

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรม ที่ 1/1 ความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบกิจกรรมที่ 1/2 บทบาทหน้าที่และผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมจากการดูแล
3. ใบกิจกรรมที่ 1/3 อาการและการรักษาผู้ป่วยที่ผ่านมา
4. ใบกิจกรรมที่ 1/4 การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน
5. ใบความรู้ที่ 1/1 แนะนำโครงการ
6. ใบความรู้ที่ 1/2 ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
7. ใบความรู้ที่ 1/3 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
8. ใบความรู้ที่ 1/4 การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
9. คู่มือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

10. ดินสอ/ปากกา กระดาษ สำหรับผู้ดูแล

11. แผ่นใสความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

12. แผ่นใสความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินผล

1. สังเกตจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและการนำเสนอข้อคิดเห็น
2. การตอบคำถาม

เวลา 2 ชั่วโมง

การดำเนินกิจกรรม

องค์ประกอบ / กลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ / ใบบกิจกรรม
<p>● ประสบการณ์ (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 10 นาที</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ศึกษาและผู้ดูแลนั่งล้อมเป็นวงกลม ● ผู้ศึกษาแนะนำตัว ● ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแลแนะนำตัว ● ผู้ศึกษาเกริ่นนำถึงความสำคัญของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยต่อเองที่บ้านและให้ผู้ดูแลพูดคุยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและบอกความรู้สึกและทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโดยเขียนลงในใบบกิจกรรมที่ 1/1 ใน "คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท" โดยมีประเด็นคำถามว่า "ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน" และ "ท่านมีทัศนคติอย่างไรในการดูแลผู้ป่วย" 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใบบความรู้ที่ 1/1 แนะนำโครงการ
<p>● สะท้อนความคิด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 5 นาที</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแลบอกความรู้สึกของแต่ละคนให้สมาชิกในกลุ่มฟังและร่วมอภิปรายเกี่ยวกับความรู้สึกและทัศนคติจากการดูแลผู้ป่วยที่เหมือนกันหรือแตกต่างกัน ● ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแล 1 ท่านเป็นตัวแทนสรุปผลการอภิปราย 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใบบกิจกรรมที่ 1/1

องค์ประกอบ / กลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ / ใบกิจกรรม
<p>●ความคิรวบยอด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 5 นาที</p>	<p>●ผู้ศึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปราย จัดการ กับความรู้สึกและทัศนคติที่เป็นลบ ส่งเสริม ความรู้สึกและทัศนคติที่เป็นบวกและเพิ่มเติม เกี่ยวกับความสำคัญของความรู้สึกของผู้ดูแล ต่อการดูแลผู้ป่วย</p>	
<p>●ประสบการณ์ (กลุ่มละ3-5 คน) เวลา 20 นาที</p> <p>●สะท้อนความคิด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 10 นาที</p> <p>●ความคิรวบยอด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 10 นาที</p>	<p>●ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแลบอกบทบาทหน้าที่และ ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม จากการดูแล ลงในใบงานที่1/2 โดยมี ประเด็นคำถามว่า</p> <p>“ท่านมีบทบาทหน้าที่และได้รับผลกระทบที่ เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมจากการดูแล อย่างไร”</p> <p>●ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแลร่วมกันอภิปรายถึง ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม จากการดูแล</p> <p>●ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแล 1 ท่านเป็นตัวแทนสรุปผล การอภิปราย</p> <p>●ผู้ศึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปรายและให้ ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต</p>	<p>●ใบกิจกรรม ที่ 1/2</p> <p>●ใบความรู้ที่ 1/2</p>

องค์ประกอบ/กลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ/ ใบกิจกรรม
<ul style="list-style-type: none"> ● ประสบการณ์ (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 10 นาที ● สะท้อนความคิด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 5 นาที ● ความคิดรวบยอด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 15 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ศึกษาเกริ่นนำถึงความสำคัญของการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและเปิดประเด็น" ให้ผู้ดูแลพูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับ อาการและการรักษาผู้ป่วยที่ผ่านมา" ● ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแลช่วยกันบอกและอภิปรายเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและการรักษา ● ผู้ศึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปราย ● ผู้ศึกษาบรรยายเรื่อง" โรคจิตเภท" 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใบกิจกรรมที่ 1/3 ● ใบความรู้ที่ 1/3
<ul style="list-style-type: none"> ● ประสบการณ์ เวลา 10 นาที ● สะท้อนความคิด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 5 นาที ● ความคิดรวบยอด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 15 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแลทำใบกิจกรรมที่ 1/4 และพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน ● ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแลช่วยกันบอกและอภิปรายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ● ผู้ศึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปราย ● ผู้ศึกษาบรรยายเรื่อง" การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท" 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใบกิจกรรมที่ 1/4 ● ใบความรู้ที่ 1/4

ใบกิจกรรมที่ 1/1

- ให้ออกความรู้สึกและทัศนคติของท่านต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

ใบกิจกรรมที่ 1/2

- ท่านมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลอย่างไร

1.....

2.....

3.....

4.....

- ท่านได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลอย่างไร

ด้านร่างกาย.....

.....

ด้านจิตใจ.....

.....

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม.....

.....

ด้านสิ่งแวดล้อม.....

.....

ใบกิจกรรมที่1/3

• อาการและการรักษาผู้ป่วยที่ผ่านมา

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

ใบกิจกรรมที่1/4

• การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

ใบความรู้ที่ 1 /1

แนะนำโครงการ

ที่มาของโครงการ

โรคจิตเภทส่วนเป็นโรคเรื้อรัง และมีโอกาสป่วยซ้ำได้ ดังนั้นจะเป็นภาระหนักของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เป็นผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ เช่น รู้สึกเครียดและหนักใจในการดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน การกินยา การนอนหลับพักผ่อน และโดยเฉพาะการจัดการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง หรือมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การไม่มีเวลาพักผ่อน ไม่มีเวลาสำหรับส่วนตัว ซึ่งปัญหาเหล่านี้หากสะสมไว้เป็นเวลานานๆ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้และส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มักจะได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แต่การดูแลในด้านความพร้อมของผู้ดูแลในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณค่อนข้างน้อย จึงจำเป็นต้องดูแลผู้ดูแลให้ครอบคลุมด้านต่างๆดังกล่าว เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถ และมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เป็นผลให้ลดภาระในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และสามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัว สังคม และชุมชนอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำลดลง

ท่านจะได้ประโยชน์จากการร่วมกิจกรรม

- (1) ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ทำให้ได้แนวทางไปปรับใช้ในการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น
- (2) ได้พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองโดยจะได้รับการส่งเสริมให้เป็นผู้ที่มีอารมณ์ที่มั่นคงและสามารถเผชิญปัญหาอุปสรรคหรือความเครียดได้ดียิ่งขึ้น
- (3) ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- (4) ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล
- (5) ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้และฝึกทักษะทางสังคมของผู้ดูแล

คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการ

- (1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- (2) เป็นบิดาหรือมารดา พี่หรือภรรยา บุตร พี่หรือน้อง ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยโดยไม่หวังผลตอบแทนใดๆ
- (3) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี
- (4) มีความประสงค์เข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ
- (5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนตั้งแต่ต้นจนจบ

ระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 90 นาที-2 ชั่วโมง เป็นเวลา 4 ครั้งรวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

รูปแบบการดำเนินงานกิจกรรมกลุ่ม

- (1) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
- (2) เปิดเผยความรู้สึกลึกต่างๆต่อสมาชิก
- (3) ร่วมแสดงความคิดเห็นต่อกัน
- (4) ผู้วิจัยบรรยายและสรุปประเด็นสำคัญ
- (5) ฝึกปฏิบัติ

ตารางการทำกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
สัปดาห์ที่ 1	ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาการรับรู้ สภาพการณ์จริงของ ผู้ดูแลในครอบครัว	วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จิตเภทรับรู้และเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมเนื่องจากการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย จิตเภท วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1. สามารถบอกสาเหตุ อาการ การรักษาพยาบาลและ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ 2. สามารถอธิบายถึงผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นกับ ตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทาง สังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากการปฏิบัติกร ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
สัปดาห์ที่ 2	ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการตระหนักใน คุณค่าของตนเอง	วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จิตเภทตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย ความสำคัญ ของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยและยอมรับบทบาทผู้ดูแลอย่าง เต็มใจ วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม 1. ผู้ดูแลสามารถบอกสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล 2. ผู้ดูแลสามารถบอกความสำคัญของผู้ป่วยและ ความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย

วัน/ เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
สัปดาห์ที่ 3	<p>ขั้นตอนที่ 3</p> <p>พัฒนาศักยภาพการดูแล</p>	<p>วัตถุประสงค์ทั่วไป</p> <p>-เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์ตรงสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>-เพื่อให้ผู้ดูแลมีข้อมูลในการตัดสินใจเลือกแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสม</p> <p>วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถอภิปรายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจ 2. ผู้ดูแลสามารถเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม
สัปดาห์ที่ 4	<p>ขั้นตอนที่ 4</p> <p>พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล</p>	<p>วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความสามารถของผู้ดูแลในทางบวกทำให้มีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป</p> <p>วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ผู้ดูแลสามารถบอกถึงความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างดีที่สุดต่อไป</p>

ใบความรู้ที่ 1/2

คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุก สุขและ ความพึงพอใจ ซึ่งเกิดจากการประเมินการรับรู้ของบุคคลในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่าง ๆ ของเขาสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวังในชีวิต มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1.ด้านร่างกาย คือ ความรู้สึกถึงความผาสุก สุขและ ความพึงพอใจสภาพทางด้านร่างกาย ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน

2.ด้านจิตใจ คือ การรับรู้ถึงความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง มีความรู้สึกภาคภูมิใจ มั่นใจในตนเอง มีความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น ความรู้สึกถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และการที่คนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งความรู้สึกในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4.ด้านสิ่งแวดล้อม คือ ความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต

ใบความรู้ที่ 1/3

โรคจิตเภท

โรคจิตเภทคืออะไร

โรคจิตเภทหมายถึง โรคทางจิตใจชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น ทำให้มีการแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้ และอารมณ์ที่ผิดจากคนปกติทั่วไป

อาการ

ผู้ป่วยโรคนี้จะมีอาการแสดงได้หลายอย่างแตกต่างกันไป โดยผู้ป่วยจำนวนมากก่อนที่จะปรากฏอาการของโรคจิตที่ชัดเจน เรามักพบอาการนำมาก่อน ได้แก่ ซึม แยกตัว ไม่เข้าสังคม มีพฤติกรรมแปลกๆ เช่นพูดคนเดียว พูดจาแปลกๆ การทำงานบกพร่อง ไม่สนใจความสะอาดของร่างกายและการแต่งตัว อารมณ์ไม่เหมาะสม พูดจาวกวน คลุมเครือ มีความคิดแปลกๆเช่นเชื่อนิโบายศาสตร์ โทจิต หลังจากนั้นผู้ป่วยจะปรากฏอาการของโรคจิตอย่างชัดเจน ซึ่งได้แก่อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติทางความคิด เช่น มีความคิดไม่ปะติดปะต่อกัน พูดตอบไม่ตรงกับคำถาม เป็นต้น

อาการอื่นๆที่พบได้ เช่น พฤติกรรมเปลี่ยนไป ได้แก่นอนไม่หลับ วุ่นวาย พูดคนเดียว ยกมือไหว้คนไปทั่วหรือทำท่าทางแปลกๆที่ไม่มีใครเข้าใจความหมายได้ การแสดงอารมณ์ผิดปกติ

เช่น ชี้นิ้วหัวเราะโดยไม่มีเหตุผล หรือไม่สอดคล้องกับเรื่องที่กำลังพูดคุยกัน หรืออาจเฉยเมยไม่แสดงอารมณ์อะไรเลย อาการทั้งหมดนี้มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจตนเองเฉยชาในการทำงาน ซึ่งบางครั้งคนรอบข้างอาจคิดว่าผู้ป่วยซีเกียง ไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น

สาเหตุ

พบในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่โรคนี้อาจเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่ปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุหลายอย่าง โดยมีแนวคิดที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการ ทำให้เกิดอาการของโรคขึ้นมา โดยสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยทางด้านสารเคมีในสมอง บางชนิดมีการเปลี่ยนแปลงไป หรือเป็นความเครียดจากภายนอก หรืออาจเกิดจากปัจจัยหลายๆอย่างร่วมกัน

กรรมพันธุ์ เราพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าคนทั่วไป โดยยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากเท่าไร โอกาสหรือความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคเดียวกันยิ่งสูงขึ้น

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภททำอย่างไร

หลักการรักษาโรคจิตเภทคือ การใช้ยาต้านโรคจิตเพื่อลดอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน รวมทั้งพฤติกรรมที่ผิดปกติด้วย ซึ่งแพทย์จะกำหนดขนาดของยาที่เหมาะสมตามอาการทางจิตของผู้ป่วยและเมื่ออาการดีขึ้นในระดับหนึ่ง ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องกินยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาหนึ่ง โดยแพทย์จะค่อยๆลดขนาดยาจนหยุดยาได้ในที่สุด ซึ่งอาจใช้เวลาในการรักษาเป็นปีหรือหลายปีขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย ในขณะที่มีอาการทางจิต การให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบจะช่วยลดความรุนแรงของอาการได้เป็นอย่างดี

นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วในระยะฟื้นฟู การรักษาทางด้านจิตใจและพฤติกรรมจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมตามปกติได้เร็วยิ่งขึ้น ญาติสามารถให้การดูแลโดยเป็นที่ปรึกษาให้กำลังใจ แสดงความชื่นชมเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ประสานความร่วมมือกับแพทย์และบุคลากรของโรงพยาบาล เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยปกติแพทย์สามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ โดยนัดติดตามผลเป็นระยะๆ แพทย์จะพิจารณาให้ผู้ป่วยไว้รักษาในกรณีต่อไปนี้

1. มีพฤติกรรมซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
2. มีปัญหาบางอย่างที่จำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เช่นมีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
3. เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา
4. มีปัญหาในการวินิจฉัย เช่น มีอาการบางอย่างคล้ายคลึงกับโรคทางสมอง จำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยให้ถูกต้อง

การรักษาด้วยไฟฟ้า มีบางกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องรักษาด้วยไฟฟ้า โดยมีข้อบ่งชี้ดังนี้

1. มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่น มีหูแว่วเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเองและผู้ป่วยควบคุมตนเองไม่ได้
2. ก้าวร้าว ะอะอะ อาละวาด โดยที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยาเกินและยาฉีดยา
3. มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เช่น เผลอนิ่ง ไม่ยับยั้งเข็มนร่างกายซึ่งผู้ป่วยจะไม่กินอาหาร ไม่ดื่มน้ำไม่กินยา ทำให้ร่างกายได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ
4. ใช้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่เหมาะสมแล้วไม่ได้ผล อาการทางจิตไม่เปลี่ยนแปลง
5. ผู้ป่วยมีฤทธิ์ข้างเคียงของยามากจนไม่สามารถใช้ยาได้ต่อไป

การรักษาทางจิตสังคม

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการจะดีขึ้นจากการให้การรักษาทางด้านจิตสังคมร่วมไปกับการใช้ยา ด้านโรคจิตได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

1) พฤติกรรมบำบัด เป็นการรักษาทางพฤติกรรมมีจุดมุ่งหมายคือการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งผู้รักษาจะให้แรงจูงใจและเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการฝึกความชำนาญเพื่อการดำรงตนในสังคม การดูแลตนเอง ฝึกความชำนาญที่ผู้ป่วยมีอยู่ และ การสื่อสารระหว่างบุคคลโดยอาศัยการให้กำลังใจ การให้คำชมเชย และการให้สิทธิพิเศษที่ผู้ป่วยต้องการอย่างเหมาะสม

2) ครอบครัวยุติบำบัด มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่โดยทั่วๆ ไปดีขึ้น การใช้ครอบครัวยุติบำบัดจะมีส่วนช่วยในการลดการกำเริบใหม่ของโรคโดยเฉพาะครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันอย่างมาก เนื่องจากครอบครัวจะต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในการรักษาต้องให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การใช้อารมณ์ของคนในครอบครัว ได้แก่ การเข้าไปยุ่งกับผู้ป่วยมากเกินไป ทำหน้าที่ที่ไม่เป็นมิตร การวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในแง่ลบ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ ผู้รักษาต้องแนะนำวิธีการควบคุม การแสดงออกของอารมณ์ สอนวิธีลดความเครียด

3) กลุ่มบำบัด โดยทั่วไปเน้นในเรื่องการวางแผนชีวิต แก้ปัญหาและเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การใช้กลุ่มบำบัดแบบประทับประคอง จะช่วยในการลดการแยกตัวได้มากเพิ่มความรู้สึกมีพวกพ้อง ทำให้อยู่ในโลกของความเป็นจริงมากขึ้น

4) การฝึกความชำนาญเพื่อการดำรงตนในสังคม โดยจะฝึกพฤติกรรมระหว่างบุคคล เพื่อให้สามารถดำรงอยู่ได้ในสังคมด้วยตนเอง

5) จิตบำบัดแบบประทับประคองทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วยทันที หรือแก้ปัญหาโดยเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยที่แสดงท่าทีคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นอย่างรุนแรง ผู้รักษาจะต้องปลอบใจให้กำลังใจผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยลดท้อที่ที่คุกคามลง ผู้รักษาจะคอยช่วยเหลือผู้ป่วยและให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยอย่างจริงใจ

6) นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริม กระบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่ทำได้

ใบความรู้ที่ 1/4

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ญาติจะช่วยดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างไรเพื่อป้องกันอาการกำเริบ

ถึงแม้จะเป็นงานหนักอย่างยิ่งสำหรับญาติหรือผู้ดูแล แต่เป็นภาระจำเป็นที่ต้องทำ ถ้าญาติหรือผู้ดูแลรู้วิธีการดูแลและปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยหายดียิ่งขึ้นซึ่งญาติสามารถดูแลผู้ป่วยดังนี้

1) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา

การรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากหากผู้ป่วยขาดยาจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำสูงดังนั้นญาติจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มยา ลดยาหรือหยุดยาควรปรึกษาแพทย์ไม่หยุดยาเอง ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมกินยาญาติควรชักจูง โน้มน้าวให้ผู้ป่วยกินยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยาญาติอาจดูแลให้ผู้ป่วยร่วมมือได้โดย

- พยายามทำให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์จากการรับประทานยา เช่น ทำให้อาการดีขึ้น รู้สึกสบายขึ้น ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล
- ช่วยผู้ป่วยสังเกตอาการจากผลข้างเคียงของยาและให้ความช่วยเหลือ
- พยายามให้การรับประทานยากลายเป็นกิจวัตรประจำวัน
- ปรึกษาแพทย์เรื่องปรับยาให้รับประทานเพียงวันละ 1-2 ครั้ง
- ชมเชยหรือให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา
- ถ้าหากผู้ป่วยไม่ยอมกินยาควรปรึกษาแพทย์ แพทย์อาจพิจารณาให้ยาฉีดแทน

2) การดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง เช่น ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย ไม่สนใจสิ่งแวดลอม ดังนั้นญาติสามารถช่วยดูแลผู้ป่วยดังนี้

2.1 ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในด้าน การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย และการแต่งกายที่เหมาะสม

2.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง ไม่ควรให้ผู้ป่วยอดนอนเพราะจะทำให้อาการกำเริบได้

2.3 ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและครบทั้ง 5 หมู่

2.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างพอเหมาะ กับสภาพร่างกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 15-20 นาที

2.5 จัดให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น คุโทรทัศน์ ฟังเพลง ท่องเที่ยว นอกสถานที่ จัดกิจกรรมสังสรรค์กับสมาชิกในครอบครัวและสังคม

2.6 ผู้ดูแลต้องคอยสนใจเอาใจใส่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ โดยเฉพาะช่วงที่อาการกำเริบ

2.7 การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมตัวผู้ป่วย

2.8 การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร การไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ ไหว้พระ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย

2.9 ดูแลให้ผู้ป่วยงดเว้นจากการใช้สารเสพติด เช่น สุรา กัญชา ยาบ้า หรือสิ่งเสพติดอื่นๆ

2.10 การเฝ้าระวังหรือสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ถ้ามีความผิดปกติ รุนแรงให้พาผู้ป่วยไปพบแพทย์

3) ดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย

ความเครียดบางอย่างอาจเป็นปัญหาของผู้ป่วยในช่วงกำลังจะดีขึ้น ความเครียดอาจเกิดจากภายในหรือภายนอกครอบครัวก็ได้ ซึ่งญาติสามารถลดความเครียดของผู้ป่วยได้โดย

3.1 ปรับเปลี่ยนความคาดหวังในตัวผู้ป่วยให้เหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้ พยายามค้นหาสิ่งที่คุณป่วยสามารถทำได้และช่วยให้ผู้ป่วยค่อยๆปรับตัวตามความสามารถ พูดกับผู้ป่วยด้วยคำพูดสั้นๆ ใจความ อย่าเปลี่ยนตารางเวลาต่างๆถ้าไม่จำเป็น และรักษาสัญญาที่ให้กับผู้ป่วย

3.2 หลีกเลี่ยงการทะเลาะกับผู้ป่วย

3.3 สนับสนุนให้ผู้ป่วยค่อยๆปรับตัวโดยไม่เร่งรัด อาจชมเชยและให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยดูแลตนเองหรือทำสิ่งที่ดีและเหมาะสม

3.4 ประคับประคองด้านจิตใจ ให้ความรักความอบอุ่นอย่างเข้าใจและพร้อมจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเสมอต้นเสมอปลาย

3.5 ลดความตึงเครียดของตัวเองเพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยไม่ให้เครียดได้ดียิ่งขึ้น

3.6 การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้อุบัติการณ์เกิดความมั่นใจในตนเอง

4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคมกับคนทั่วไป

เนื่องจากผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานๆจะมีความบกพร่องในการเข้าสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ ผู้ดูแลควรสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ และการปฏิบัติตนให้อีกกาลเทศะ โดยผู้ดูแลต้องสอนให้ผู้ป่วยลองปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น โดยการ

4.1 เริ่มจากการให้ผู้ป่วยฝึกพูดคุยกับคนในบ้านก่อน

4.2 สนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมในชุมชน

4.3 สื่อสารกับผู้ป่วยในลักษณะที่สร้างสรรค์ งดการแสดงอารมณ์ที่รุนแรง เช่น

การตำหนิ แสดงความโกรธ

4.4 จักให้ผู้ป่วยได้ฝึกการทำงานและหาอาชีพที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ในชุมชน

5) ด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายหรือองค์กรของรัฐและเอกชน

ในการให้ความช่วยเหลือในชุมชนซึ่งอยู่ใกล้บ้าน เมื่อผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือในกรณีที่มีปัญหาในการดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน โดยผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาล ชุมชนใกล้บ้าน สถานีอนามัย อาสาสมัครหมู่บ้าน ประชาสงเคราะห์ และสถานีตำรวจ ฯลฯ

แผนการดำเนินงานกิจกรรมที่ 2

เรื่อง พัฒนาการตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย ความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยและยอมรับบทบาทผู้ดูแลอย่างเต็มใจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลสามารถบอกสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล
2. ผู้ดูแลสามารถบอกความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย

สาระสำคัญ

บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีหรือมีความสุขในสังคม รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลตนเอง หรือผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องเป็นบุคคลที่มีความเข้มแข็งในตนเอง ซึ่งลักษณะของบุคคลที่มีความเข้มแข็งในตนเอง จะต้องเป็นบุคคลที่มีลักษณะมีความมั่นคงทางอารมณ์ ไม่ว่าจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตัวเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกก็สามารถเข้าใจและจัดการแก้ไขได้และปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งมีคุณค่าพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไข การรับรู้แบบนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการหรือหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่เกิดขึ้น การที่บุคคลรู้จักตนเองทั้งด้าน จุดเด่น จุดด้อยและข้อจำกัดของตน จะทำให้บุคคลรู้สึกถึงความมีคุณค่าของตนเองได้และจะเป็นส่วนหนึ่งของความเข้มแข็งในตนเอง ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวนต่าง ๆ ในชีวิต จึงสามารถดำรงความมีสุขภาพดีและมีความสุขในชีวิตหรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สื่อ/อุปกรณ์

1. คู่มือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบกิจกรรมที่ 2/1 เหตุผลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบกิจกรรมที่ 2/2 ความรู้สึกลึกซึ้งที่ต้องรับหน้าที่การดูแลผู้ป่วย
4. ใบกิจกรรมที่ 2/3 ความสำคัญของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแลและความสำคัญของผู้ดูแลที่มี

ต่อผู้ป่วย

5. ดินสอ/ปากกา กระดาษ

การประเมินผล

1. สังเกตจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและการนำเสนอข้อคิดเห็น
2. การตอบคำถาม

เวลา 1.30-2.00 ชั่วโมง

การดำเนินกิจกรรม

องค์ประกอบ/กลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ/ ใบกิจกรรม
<ul style="list-style-type: none"> ● ประสบการณ์ (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 25-30 นาที ● สะท้อนความคิด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 5-10 นาที ● ความคิดรวบยอด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 15-20 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลอภิปรายถึงเหตุผลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ● ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลอภิปรายความรู้สึกที่ต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วย ● ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและอภิปรายเกี่ยวกับเหตุผลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความรู้สึกที่ต้องรับหน้าที่การดูแลผู้ป่วย ● ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแล 1 ท่านสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปราย ● ผู้ศึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปราย 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใบกิจกรรมที่ 2/1 ● ใบกิจกรรมที่ 2/2
<ul style="list-style-type: none"> ● ประสบการณ์ เวลา 25-30 นาที ● สะท้อนความคิด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 5-10 นาที ● ความคิดรวบยอด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 15-20 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลกล่าวถึงความสำคัญของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแลและความสำคัญของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ● ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลนำเสนอผลของกิจกรรมและร่วมกันอภิปราย ● ผู้ศึกษากล่าวสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปรายและกล่าวชมเชยผู้ดูแลพร้อมเน้นถึงการตระหนักในคุณค่าของตนเองและความสำคัญของผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใบกิจกรรมที่ 2/3

ใบกิจกรรมที่ 2/1

เหตุผลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

ใบกิจกรรมที่ 2/2

ความรู้สึที่ต้องรับหน้าที่การดูแลผู้ป่วย

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

ใบกิจกรรมที่ 2/3

ความสำคัญของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแล

ความสำคัญของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย

- | | |
|--------|--------|
| 1..... | 1..... |
| 2..... | 2..... |
| 3..... | 3..... |
| 4..... | 4..... |
| 5..... | 5..... |

แผนการดำเนินงานกิจกรรมที่ 3 เรื่อง พัฒนาศักยภาพการดูแล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์ตรงสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

- เพื่อให้ผู้ดูแลมีข้อมูลในการตัดสินใจเลือกแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถอภิปรายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจ
2. ผู้ดูแลสามารถเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมทั้งทางร่างกาย จิตใจ รวมถึงการตอบสนองอาการผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท และกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและนำแผนไปปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ประสบการณ์ตรง และพยายามแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเองและลงมือปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายจากภาวะเครียด มีความมั่นใจในการตัดสินใจ มีความหวังในชีวิตมากขึ้น รู้สึกมีพลังกำลังในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความรู้สึกถึงความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจสภาพทางด้านร่างกาย ความรู้สึกถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมและการที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สื่อ/อุปกรณ์

1. คู่มือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบกิจกรรมที่ 3/1 ความรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจ
3. ใบกิจกรรมที่ 3/2 แผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ใบกิจกรรมที่ 3/3 แหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับปัญหา
5. ดินสอ/ปากกา กระดาษ

การประเมินผล

1. สัมผัสจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและการนำเสนอข้อคิดเห็น
2. การตอบคำถาม

เวลา 1.30-2.00 ชั่วโมง

การดำเนินกิจกรรม

องค์ประกอบ/กลุ่ม	กิจกรรม	ชื่อ/ใบกิจกรรม
<ul style="list-style-type: none"> ● ประสบการณ์ (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 25-30 นาที ● ความคิดรวบยอด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 15-20 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ศึกษาและผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจ ● ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแล 1 ท่านสรุปสิ่งที่ได้จากการแลกเปลี่ยน ● ผู้ศึกษาสรุปการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใบกิจกรรมที่ 3/1
<ul style="list-style-type: none"> ● ประสบการณ์ (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 30 นาที ● สะท้อนความคิด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 5-10 นาที ● ความคิดรวบยอด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 10 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแลเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารและเป็นที่ปรึกษาขณะเขียนแผนการดูแล ● ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแลแต่ละคนนำเสนอแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันตรวจสอบปรับปรุง ● ผู้ศึกษาสรุปแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใบกิจกรรมที่ 3/2

องค์ประกอบ/กลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ/ใบกิจกรรม
<ul style="list-style-type: none"> ● ประสบการณ์ (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 20 นาที ● สะท้อนความคิด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 5 นาที ● ความคิดรวบยอด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 5 นาที 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแลทบทวนถึงแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับปัญหาซึ่งมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยและ ให้ผู้ดูแลพูดคุยแลกเปลี่ยนในประเด็นคำถามว่า “ที่ผ่านมาเมื่อท่านไม่สบายใจหรือเครียดจากการดูแลผู้ป่วยท่านได้รับการสนับสนุนหรือได้รับความช่วยเหลือจากใคร” ● ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแลช่วยกันบอกและอภิปรายเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ● ผู้ศึกษาสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปราย 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใบกิจกรรมที่ 3/3

ใบกิจกรรมที่ 3/1

ความรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจ

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

ใบกิจกรรมที่ 3/2
แผนการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

วันที่/เวลา	กิจกรรม	ประเมินผล

ใบกิจกรรมที่ 3/3

แหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับปัญหา

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

แผนการดำเนินงานกิจกรรมที่ 4 เรื่อง พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความสามารถของผู้ดูแลในทางบวกทำให้มีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

ผู้ดูแลสามารถบอกถึงความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างดีที่สุดต่อไป

สาระสำคัญ

ความมุ่งมั่นในการดูแล ถือเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้วพยาบาลและผู้ป่วยจะร่วมมือแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

สื่อ/อุปกรณ์

1. คู่มือดูแลผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบกิจกรรมที่ 4/1 รายงานผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแผน
3. ใบกิจกรรมที่ 4/2 ร่วมกันวิเคราะห์และปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้

เหมาะสม

4. ใบกิจกรรมที่ 4/3 ความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลหลังจากเข้าโครงการและความเชื่อมั่นที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

5. ดินสอ/ปากกา กระดาษ

การประเมินผล

1. สังเกตจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
2. การตอบคำถาม

เวลา 1.30-2.00 ชั่วโมง

การดำเนินกิจกรรม

องค์ประกอบ/กลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ/ใบกิจกรรม
<p>● ประสบการณ์ (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 25-30 นาที</p> <p>● ความคิดรวบยอด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 5-10 นาที</p>	<p>● ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแลรายงานผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแผน</p> <p>ผู้ศึกษาและผู้ดูแลร่วมกันวิเคราะห์และปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้เหมาะสม</p> <p>● ผู้ศึกษาสรุปและกล่าวสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ดูแลเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความสามารถของผู้ดูแลในทางบวก</p>	<p>● ใบกิจกรรมที่ 4/1</p> <p>● ใบกิจกรรมที่ 4/2</p>
<p>● ประสบการณ์ (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 20 นาที</p> <p>● สะท้อนความคิด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 5-10 นาที</p> <p>● ความคิดรวบยอด (กลุ่มละ 3-5 คน) เวลา 5-10 นาที</p>	<p>● ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแลเขียนความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลและความเชื่อมั่นที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป</p> <p>● ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแลแต่ละคนพูดถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลและความเชื่อมั่นที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป</p> <p>● ผู้ศึกษาสรุปและกล่าวชมเชย ให้กำลังใจผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและกล่าวถึง ความเชื่อมั่นของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทว่าจะปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นอย่างดีต่อไป</p>	<p>● ใบกิจกรรมที่ 4/3</p>

ใบกิจกรรมที่ 4/1

รายงานผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแผน

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

ใบกิจกรรมที่ 4/2

ร่วมกันวิเคราะห์และปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้เหมาะสม

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

ใบกิจกรรมที่ 4/3

ความรู้สึกร่วมเกี่ยวกับการดูแลหลังจากเข้าโครงการและความเชื่อมั่น
ที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

ภาคผนวก ก

แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบประเมินผู้ดูแลว่ามีพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากน้อยเพียงใด

กรุณาใส่เครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านตามสถานการณ์นั้นๆมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านเชื่อว่าท่านมีพลังที่จะทำการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วย					
2. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลให้ผู้ป่วยดีขึ้น					
3. ท่านมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย					
4. ท่านสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดี					
5. ท่านมีความตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุดต่อไปเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น					
6. เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ท่านรู้ว่าจะปรึกษาใคร					
7. ท่านรู้จักสถานที่ที่จะหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้					
8. ท่านรู้จักสถานที่ที่จะช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย					
9. ท่านเข้าใจระบบการให้บริการของโรงพยาบาลแห่งนี้					
10. ท่านสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับทีมการรักษาพยาบาล					

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
11. ท่านรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระหนักเหมือนกันทุกครอบครัว					
12. ท่านหาโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ					
13. ท่านรู้สึกว่าผู้อื่นเข้าใจปัญหาที่ท่านเผชิญอยู่					
14. ท่านมีคนคอยให้กำลังใจเสมอ					
15. ท่านสามารถให้กำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วยคนอื่นเมื่อมีโอกา					
16. ท่านปฏิบัติตนในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อย่างเหมาะสม					
17. ท่านสามารถแนะนำเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยกับผู้ดูแลคนอื่นได้					
18. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ					
19. ท่านสามารถประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้					
20. ท่านสามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้					

ภาคผนวก ง

แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ อำเภอเมืองฯ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

เพศ ชาย หญิง

อายุ 20ปีลงมา 21-25 ปี 26-30 ปี 31-35 ปี 36-40 ปี
 41-45 ปี 46-50 ปี 51-55 ปี 56-60 ปี 60 ปีขึ้นไป

ระดับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 ปวช. / ปวส. / อนุปริญญา ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา ค้าขาย/รับจ้าง/ธุรกิจส่วนตัว
 พนักงานบริษัท/ห้างร้าน รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 แม่บ้าน/ท้อบ้าน

สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่าร้าง

รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน

ระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วย/ดูแลผู้ป่วย.....ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ข้อที่	ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันเพียงใด (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด					

ข้อที่	ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบมีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยเพียงใด					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองได้เพียงใด					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยเพียงใด					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยเพียงใดที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อจะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้แต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมาากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาเพียงใด					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ เพียงใด					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยเพียงใดในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					

ข้อที่	ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
17	ท่านมีเงินใช้จ่ายตามความจำเป็นมาก น้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการ สาธารณสุขได้ตามความจำเป็น เพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นใน ชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด มากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมรอบตัวท่านคือ สุขภาพของท่านมากน้อย เพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมา ไหนของท่าน(หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกในชีวิตท่านมีความหมายมาก น้อยเพียงใด					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วย ตนเองอย่างอิสระ ได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่าน เพียงใด					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิต ความเป็นอยู่) ในระดับใด					
คะแนนรวม						

ประวัติผู้ศึกษาโครงการศึกษาอิสระ

นางบุษรา ไลวานิช เกิดวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2512 ที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลนครศรีธรรมราช เมื่อปี พ.ศ. 2533 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2542 เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2547 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 งานบริการศูนย์สุขภาพชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์