

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถ
ในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

นางสุนันทา นวลเจริญ

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PROMOTING PERCEIVED SELF-EFFICACY PROGRAM
ON DEPENDENT CARE AGENCY AMONG CAREGIVERS OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Mrs. Sunanta Nuanchaloan

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2010
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ
ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

โดย

นางสุนันทา นวลเจริญ

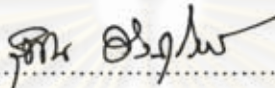
สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

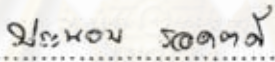
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

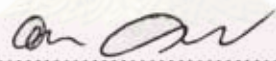
รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้แนบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. อุทิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)


.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศุภันธา นวลเจริญ : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (THE EFFECT OF PROMOTING PERCEIVED SELF-EFFICACY PROGRAM ON DEPENDENT CARE AGENCY AMONG CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก : รศ. ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 130 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ โรงพยาบาลเสนา จำนวน 40 คน มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกลุ่มละ 20 คน เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือในการทดลองคือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของ แบบสอบถามแล้ว ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (paired t-test และ independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. หลังการทดลองพบว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....ลายมือชื่อนิสิต.....ศุภันธา นวลเจริญ.....
ปีการศึกษา.....2553.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5277824136 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS , DEPENDENT CARE AGENCY AMONG, SELF-EFFICACY

SUNANTA NUANCHALOAN : THE EFFECT OF PROMOTING PERCEIVED SELF-EFFICACY PROGRAM ON DEPENDENT CARE AGENCY AMONG CARGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. ADVISOR : ASSOC. PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D., 130 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of promoting perceived self-efficacy program on dependent care agency among caregivers of schizophrenic patients. The sample were caregivers of schizophrenic patients who were admitted in Sena hospital. Samples were 40 caregivers whom were purposively selected the twenty samples were assigned the experimental group as the others to control group. The experimental group received the perceived self-efficacy program from the researcher and the control group received the routine nursing care. The research tools used in this study are promoting perceived self-efficacy program , dependent care agency of caregivers scale, which was validated by 5 experts. The reliability of the questionnaires using Cronbach 's Alpha coefficient of Alpha was .98 . t-test was used for data analysis.

Major findings were followed :

1. Dependent care agency among caregivers of schizophrenic patients who received promoting perceived self-efficacy program after the experiment was significantly higher than that before at $p < .05$
2. After the experimental, Dependent care agency among caregivers of schizophrenic patients who received promoting perceived self-efficacy program was significantly higher than those who received regular caring activities at $p < .05$

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing.....Student's Signature.....*Sunanta Nuanchaloan*
 Academic Year :.....2010.....Advisor's Signature.....*Oraphun Lueboonthavatchai*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจาก รศ. ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้กำลังใจตลอดการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่งมาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในเจตนาและความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำชี้แนะให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเสนา ที่ให้การสนับสนุนให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เจ้าหน้าที่ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกทุกท่าน ที่ช่วยประสานงานและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่ง

ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอบางบาลและเจ้าหน้าที่ที่ร่วมงานทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือเรื่องเวลาในการศึกษาแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ คุณนงลักษณ์ ทรงลำเจียก พยาบาลแผนกจิตเวช คลินิกจิตเวช ที่คอยสนับสนุนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจห่วงใย เสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดีและ ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้โอกาสศึกษาและสนับสนุนการศึกษามาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน ที่ให้ความรัก ความห่วงใยและให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าอันเกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ขอมอบแด่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ให้มีความสุขกายและสุขภาพใจที่เข้มแข็งตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
ขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	62
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	84

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
รายการอ้างอิง.....	95
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	105
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	107
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	110
ภาคผนวก ง โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	114
ภาคผนวก จ ใบหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	116
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	130

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตาม เพศ อายุและระดับการศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....55
2	แสดงค่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังการใช้โปรแกรม การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....72
3	จำนวน และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาใน การดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....75
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง.....78
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง.....80
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง.....82

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่พบได้มากที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2552) จากกรทบทวนวรรณกรรม พบว่า อัตราความชุกของโรคจิตเภทระดับโลก มีร้อยละประมาณ 0.5-1.0 หรือประมาณ 5-10 ต่อประชากร 1,000 คน (Phillip and Long, 2001) ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำภายหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วง 2-6 เดือนถึงร้อยละ 50 (Fowler, 1992) และภายใน 2 ปี ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลับมารักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ของผู้ที่ถูกจำหน่ายทั้งหมด (Frisch and Frisch, 1998) สำหรับประเทศไทยจากการรวบรวมสถิติของกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ถึงร้อยละ 46.07 ของผู้ป่วยจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2552) ซึ่งผู้ป่วยมักจะเริ่มแสดงอาการตั้งแต่อายุยังน้อย มีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและรุนแรงมากที่สุด (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) มีโอกาสป่วยซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2545) จากการศึกษาของโสภามุสิกโก (2544) ได้ศึกษาระดับความเครียดและเหตุปัจจัยความเครียดในญาติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2544 จำนวน 280 ราย พบว่าญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 57.5 เครียดระดับต่ำร้อยละ 28.2 ระดับสูงถึงร้อยละ 14.3 ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดสูงมากถึงน้อยตามลำดับคือ ด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ด้านอารมณ์และความรู้สึก ด้านเศรษฐกิจ สังคมและส่วนตัว และด้านระบบบริการสุขภาพจิต รวมทั้งจากการสัมภาษณ์เบื้องต้นของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 10 ราย โดยใช้คำถามปลายเปิด พบว่าผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการโรคจิตเภท (10 ราย) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกือบทั้งหมดรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วย (9 ราย) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่สนใจดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง (8 ราย) ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (5 ราย) และมีความกังวลใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการทางจิตรุนแรง (4 ราย) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน มีเพียงส่วนน้อยที่สามารถรักษาให้หายขาด ส่วนใหญ่ยังมีความพิการทางจิตหลงเหลืออยู่ และขาดความสามารถที่จะประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้เต็มที่ ถือว่าเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาโรคหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงสามารถดำรงชีวิตตามปกติได้ (กুমมาภิชาติ แสงเขียว, 2542)

โรคจิตเภทมีลักษณะการดำเนินโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal phase) ระยะอาการกำเริบ (active phase) และระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงและค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการเรียนและการทำงาน ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการด้านบวกและมีความผิดปกติอย่างเห็นได้ชัด เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน บางรายอาการอาจรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายสิ่งของ และระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการจะคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ แต่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากนักแต่ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมทางจิตใจและการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งความผิดปกติทางจิตที่หลงเหลืออยู่นั้นหากไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างดี ก็จะกลายเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และเมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยจิตเภทก็จะมีอาการเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุดด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ได้กำหนดยุทธศาสตร์หลักในการปฏิรูปการเสริมสร้างสุขภาวะคนไทยให้แข็งแรงสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ คือ สร้างระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีหลักประกันด้านสุขภาพ ที่ให้ความอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ทั้งยามปกติ ยามเจ็บป่วย และยามวิกฤต มีการบริหารจัดการความรู้ และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ ที่มุ่งเน้นส่งเสริมให้ประชาชนได้เรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพ โดยมีระบบสุขภาพที่ดีเป็นตัวเกื้อหนุนส่งเสริมให้สร้างสุขภาพ มีพฤติกรรม วัฒนธรรมทางสุขภาพที่ดี การปฏิรูปสุขภาพ โดยการบริหารจัดการกับความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพจะสำเร็จได้นั้น กลวิธี ที่สำคัญวิธีหนึ่ง คือ การให้ความรู้ทางสุขภาพแก่ประชาชน (คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ในระยะของการปฏิรูปสุขภาพ การให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพจิตแบบใกล้บ้านใกล้ใจ กรมสุขภาพจิต (2546) ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยมีแนวคิดว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยและตระหนักว่าการไปเยี่ยมบ้านของพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตัวเองที่บ้าน ได้ดียิ่งขึ้น จึงมีนโยบายส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลโดยครอบครัวที่บ้าน และเปลี่ยนแปลงนโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาล ให้มีเป้าหมายรักษาผู้ป่วยในระยะเวลาสั้นลง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเองและทักษะทางสังคม ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อจากบุคลากรทางสุขภาพจิตเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ช่วยเหลือตัวเอง

ได้ตามศักยภาพและไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวการส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยต้องมีหน้าที่และบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถประเมินได้แน่นอนว่าอาการจะทุเลาลงเมื่อใด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวได้ ตกลง ไม่มีงานทำ ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว มักปฏิเสธการเจ็บป่วยและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้มีอาการทางจิตรุนแรง (Rose, 1997) เป็นปัญหาของครอบครัวในการดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัว จะรู้สึกยุ่งยากหรือเครียดในการดูแล ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (Eakes, 1995 and Thomson, et al., 1993) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ต้องเผชิญกับอาการแสดงหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ตลอดเวลา และเมื่อไม่สามารถจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ก็มักจะคิดว่าสิ่งที่เผชิญในอนาคตไม่สามารถควบคุมได้เช่นกัน (ณัฐยา พรหมบุตร, 2545) ทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการตั้งเครียดจากการดูแลผู้ป่วย รู้สึกว่าตนไม่มีความสามารถในการดูแล สิ้นหวังเมื่ออาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น เกิดความท้อแท้เบื่อหน่าย รวมถึงการเพิกเฉยต่อบทบาทหน้าที่ผู้ดูแล (วัชรภรณ์ ลือไชยงค์, 2541) ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียดในอาการที่มีปัญหาต่อผู้ดูแล คือ ไม่ยอมนอนตอนกลางคืน วุ่นวาย เดินไปเดินมารบกวนผู้อื่นคาดเดาไม่ได้รู้สึกหวาดกลัวว่าผู้ป่วยจะไปทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ วิตกกังวลและกลัวทุกข์ใจ (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) ท้อแท้เบื่อหน่าย หมดกำลังใจ (เวทีณี สุขมาก, 2544)

จากการศึกษาของณัฐยา พรหมบุตร (2545) เกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า มีแนวโน้มการเกิดความผิดปกติทางจิตเวชถึงร้อยละ 31.16 จากผลกระทบดังกล่าวผู้ดูแลมักจะละเลยตนเอง ส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต ไม่สามารถที่จะใส่ใจกับตนเองในการที่จะทำให้ร่างกายแข็งแรง ทำให้ผู้ดูแลขาดความสามารถในด้านที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลขาดความรู้ ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษาพยาบาล และการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม (วรภรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์, 2542) ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา (ภัทรภรณ์ ทุงปั้นคำ, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่สามารถกำหนดเวลาได้แน่นอนเนื่องจากการกิจที่ต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (มนตรี อมรเชษฐ์กุล, 2544) การที่ผู้ดูแลไม่สามารถกำหนดเวลาได้แน่นอน เนื่องจากการกิจที่ต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การพาไปพบแพทย์ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย (มนตรี อมรเชษฐ์กุล, 2544)

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึงความสามารถของผู้ดูแลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือกระทำ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง อันเนื่องจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem, 2001)

ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) ได้ศึกษาพบว่า ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ไม่ประสบผลสำเร็จส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าดูแลนั้นเป็นไปได้ ตนเองไม่มีความสามารถและยังรู้สึกว่าไม่มีทางรักษาหรือไม่มีประโยชน์ที่จะรักษาจนรู้สึกท้อแท้หมดหวังต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นควบคู่กับความรู้สึกหมดกำลังใจ การที่ผู้ดูแลเพียรพยายามให้ความช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลายาวนาน โดยที่ไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดลงเมื่อใดในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่เคยตอบสนองต่อการช่วยเหลือของผู้ดูแลเลย อีกทั้งมีหลายครั้งที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ทำลายสิ่งของ และผู้ดูแลมีชีวิตร่วมกับสุขภาพจิตใจที่บอบช้ำ ดึงเครียดอยู่ตลอดเวลา (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่า เป็นความล้มเหลวจากการดูแล ซึ่งสิ่งนี้จะส่งผลทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลลดลง (Bandura, 1986)

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าสมรรถนะแห่งตนมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล ถ้าผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนดีก็就会有ความมั่นใจในความสามารถของของตนในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท นอกจากนี้แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่าสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เป็นความเชื่อหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่กำหนดไว้เป็นผลสำเร็จเป็นแรงผลักดันที่จำเป็นภายในตัวบุคคลเป็นตัวที่ทำให้คนพยายามกระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้สำเร็จ (Bandura, 1986) การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (efficacy expectation) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectation) (เบญจวรรณ ละอองผล, 2543) ซึ่งหมายความว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนต้องการ และเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ดังนั้นความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจึงมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมหรือความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงถ้าบุคคลมีสมรรถนะแห่งตนสูง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และเชื่อมั่นว่าการกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนต้องการก็จะสามารถดูแลตนเอง และผู้ที่อยู่ในความดูแลได้ดีกว่าผู้ที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำ (Fleury, 1992; กมลทิพย์ ด่านชัย, 2540) การที่บุคคลจะมีสมรรถนะแห่งตนสูงหรือต่ำเพียงใดนั้นขึ้นกับแหล่งที่มา 4 ประการ ได้แก่ การบรรลุผลมาจากการกระทำของตนเอง การได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่น การได้รับคำพูด

ชักจูง และภาวะทางสรีระ แหล่งที่มาที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะแห่งตนมากที่สุด คือการบรรลุผลจากการกระทำของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องเป็นการประสบความสำเร็จที่เกิดจากความเชี่ยวชาญของตนเอง (เบญจวรรณ ละอองผล, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เพื่อจัดการพฤติกรรมและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้สำเร็จ สมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้บุคคลกระทำพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้สำเร็จ ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ มีความพร้อมและมีความสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีศักยภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดของ Bandura (1977) และได้ผสมผสานแนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Maram (1978) ที่กล่าวว่า การพัฒนาของกลุ่มประกอบด้วย ขั้นตอน 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการนำคำพูดที่เป็นกันเอง สุภาพ นุ่มนวล ให้เกียรติ ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง จะก่อให้เกิดความไว้วางใจ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ และระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม พยาบาลสรุปผลการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์จากการเข้ากลุ่ม ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความมั่นใจและสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เข้ากลุ่ม โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสามารถและมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบ่อย มีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง มีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม การป่วยซ้ำแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลง ในด้านเศรษฐกิจมีการสูญเสียมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธ์, 2543) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง แต่การที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิดเป็นระยะเวลาอันยาวนานและยังมีความยุ่งยากซับซ้อนผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลรักษาผู้ป่วย ประกอบกับต้องมีความเข้าใจตนเอง ยอมรับและเห็นคุณค่าในตัวเอง อันเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ (Orem, 2001) การพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจตนเอง ยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์สามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตนเอง มีพลังและความสามารถในการดูแลตนเองและผู้ป่วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2543) ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา รวมทั้งการมีเป้าหมายในชีวิตจะทำให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองและผู้ป่วยซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งในพลังความสามารถ 10 ประการ (Orem, 2001) และ Rose (1997) กล่าวว่า ความเชื่อของผู้ดูแลเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านจิตวิญญาณอย่างหนึ่งซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เพื่อจัดการพฤติกรรมและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้สำเร็จ การที่บุคคลหรือผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนสูงก็จะมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ที่อยู่ในความดูแลของตนได้ดีด้วย (กมลทิพย์ ด้านชัย, 2540) Bandura (1986) กล่าวว่า สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เป็นความเชื่อหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่กำหนดไว้เป็นผลสำเร็จเป็นแรงผลักดันที่จำเป็นภายในตัวบุคคลเป็นตัวที่ทำให้คนพยายามกระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้สำเร็จการที่บุคคลจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงหรือต่ำเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการคือ 1) การพูดชักจูง เพื่อสร้างความคุ้นเคย ชักจูงให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะประสบความสำเร็จได้ 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์ เป็นการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบหรือประสบการณ์บุคคลที่มีลักษณะคล้ายกับตนกระทำพฤติกรรมแล้วประสบความสำเร็จทำให้เกิดการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น และเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรม 3) การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง

Bandura เชื่อว่าในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับจากการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองซึ่งการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองหลายๆ ครั้ง จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มสูงขึ้นและ 4) สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ ร่างกายแข็งแรงสุขภาพดี จะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และทางตรงข้ามหากร่างกายเจ็บป่วยเหนื่อยล้า จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง ส่วนสภาวะทางอารมณ์ พบว่าอารมณ์ทางบวกเช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสุขจะส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 ปัจจัย ตามแนวคิดของ Bandura (1977) มาจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยจัดกิจกรรม 4 ด้าน ดังนี้

1. การพูดชักจูง การสร้างสัมพันธภาพเป็นการสร้างความพร้อมและแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ มากขึ้นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท การรักษา การรับประทานยา การใช้คำพูดชักจูง เป็นการใช้คำพูดอธิบาย การให้คำแนะนำชักชวนและกระตุ้นเพื่อให้ผู้ดูแลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย และมั่นใจในความสามารถของตนเองโดยการใช้คำพูดชักจูงให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเกิดความพยายามและมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วย ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยใช้การสอนเป็นรายกลุ่มเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะหรือพัฒนาความคิด ได้เกิดการเรียนรู้ปัญหาาร่วมกัน ที่เกิดจากการดูแลให้ได้รับการแก้ไขได้ตรงประเด็น

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ Bandura เชื่อว่าคนเราส่วนใหญ่ต้องผ่านการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมจากผู้อื่นมาแทบทั้งสิ้น และสุภาวดี บุญชู (2551) ทำการศึกษาพบว่า การที่ได้สังเกตตัวแบบที่เป็นตัวอย่างแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้ผลลัพธ์ที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าตนเองก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ตามตัวแบบนั้น การเรียนรู้ผ่านตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นวิธีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ผู้ดูแลมองเห็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ประโยชน์จากการเรียนรู้ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และมีการแสดงออกที่เหมาะสมส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในผู้ดูแล ร่วมกับการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค และลดภาระในการดูแล ในกิจกรรมครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดให้ผู้ดูแลได้เห็นตัวแบบจริงที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีการป่วยซ้ำ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

3. การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ซึ่งการประสบความสำเร็จนั้น (Bandura, 1986) เชื่อว่าในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองจะทำให้เกิดความสำเร็จในการดูแลตนเอง การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการแสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และปัญหาที่เกิดขึ้น วิธีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองเป็นประสบการณ์ตรง จะมีผลต่อการรับรู้มากขึ้น เกิดความเชื่อมั่นว่า ตนควรมีความรู้ความสามารถ ปรับตัวในบทบาทผู้ดูแล เพื่อให้มีการแสดงออกต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ในกิจกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์ตรงจากความสำเร็จของตนเองผ่านกิจกรรมการฝึกทดลองกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และวิธีการเผชิญปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคล การถูกระตุ้นทางด้านลบจะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด เนื่องจากความกังวลทำให้การรับรู้ความสามารถต่ำลง (Bandura, 1986) จากการศึกษาของวันเพ็ญ อัสวศิลาปะกุล(2539) ศึกษาผลของการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์และพฤติกรรมต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีคะแนนการรับรู้ความสามารถโดยทั่วไปสูงกว่ากลุ่มควบคุม และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจัดให้ผู้ดูแลพูดคุยแลกเปลี่ยนการรับรู้และเรียนรู้ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และการแก้ปัญหาของตนเอง การเผชิญความเครียด ผู้วิจัยเพิ่มเติมการดูแลสุขภาพในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม และสาธิตวิธีผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกหายใจ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบว่าเมื่อตนเองอยู่ในภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คับข้องใจ จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสถานการณ์ที่อยู่ในภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คับข้องใจ จะช่วยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น และมีการแสดงออกที่เหมาะสม

ทั้งนี้ในการดำเนินการแต่ละกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่ม ของ Marram (1978) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการพัฒนากลุ่ม 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการสร้างสัมพันธภาพ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการกลุ่ม ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดกลุ่ม ในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้ง มีการให้ข้อมูลและความรู้ สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และอภิปรายให้ข้อคิดเห็นร่วมกัน ทำให้สมาชิกได้ระบายนปัญหาและความรู้สึกต่อกัน ได้รับความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจความรู้สึกให้กำลังใจซึ่งกัน รู้จักการแก้ปัญหาาร่วมกัน กลุ่มสามารถดำเนินด้วยความร่วมมือร่วมใจ ทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยและมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม และยังมีเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

โดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) จะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามระบบการจำแนกโรคตาม ICD10 ที่มารับการรักษา คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง หรือบุตรเพียงคนเดียว คนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ประสบการณ์การดูแล ความดูแลเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ และความแข็งแรงด้านร่างกายที่เพียงพอของผู้ดูแล

ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ตามความต้องการที่จำเป็นโดยทั่วไป ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแลใน 4 ด้าน (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) คือ

1) ความเข้มแข็งในตนเอง และความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ และความสามารถของผู้ดูแลในการประเมินปัญหาการเปลี่ยนแปลงและความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรวมทั้งสามารถ ตัดสินใจให้การช่วยเหลือที่ดีและเหมาะสม โดยหาแหล่งช่วยเหลืออย่างเหมาะสมจากพยาบาล และทีมสุขภาพ

2) ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษา การดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยา การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกายและการจัดการเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รวมทั้งสามารถสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและอาการผิดปกติทางจิตอีกทั้งมีประสบการณ์ในการตัดสินใจดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

3) ความเข้มแข็งด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและโรคประจำตัวที่ก่อให้เกิดปัญหาหรือส่งผลให้เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย

4) ความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การตระหนักถึงการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยในด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย การป้องกันอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ป่วย ตลอดจนสามารถคาดการณ์ได้ถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือสิ่งที่กระทำอื่นๆ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะพาผู้ป่วยจิตเภทมารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลประกอบด้วย การรับยา และการให้คำแนะนำในการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การพาผู้ป่วยจิตเภทมาตรวจตามแพทย์นัด

การใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1986) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) คือ การรวมกลุ่มกันในรูปแบบต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกกลุ่ม ได้เรียนรู้ขั้นตอนในการทำงานกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้กลุ่มบรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิด

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1986) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) มาดำเนินกิจกรรมกลุ่มจำนวน 4 กิจกรรม ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การพูดชักจูง

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวลให้เกียรติ ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ กิจกรรมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม
2. ระยะเวลาดำเนินการ ผู้วิจัยเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนการรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกันในกลุ่มฟัง และร่วมกันอภิปราย ผู้วิจัยกล่าวชมเชยในสิ่งที่ผู้ดูแลอภิปราย และเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม
3. ระยะเวลาสิ้นสุดดำเนินการ ผู้วิจัยกล่าวสรุปการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์จากการเข้ากลุ่ม ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ประเมินความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงของตน ได้ระบายความรู้สึกตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวทักทายเปิดกลุ่มและพูดคุยกับสมาชิก กล่าวทบทวนสรุปความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในกิจกรรมที่ 1 และชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ 2 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม
2. ระยะเวลาดำเนินการ ผู้วิจัยเชิญตัวแบบจริงที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ ผู้ป่วยในความดูแลไม่มีการป่วยซ้ำ ซึ่งเตรียมการไว้ล่วงหน้าพร้อมแล้ว ให้ตัวแบบจริงเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยให้กลุ่มฟัง หลังจากนั้นมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างตัวแบบจริงกับสมาชิกกลุ่ม และให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยในการดูแลผู้ป่วยให้ประสบความสำเร็จ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้และคิดคล้อยตามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในเรื่องการดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลเรื่องการให้ยา และการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จากนั้นผู้วิจัยแจกแบบบันทึกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท (ใบงานที่3/1) กลับไปบันทึกที่บ้าน นัดหมายการร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป
3. ระยะเวลาสิ้นสุดดำเนินการ ผู้วิจัยสรุปผลการดำเนิน และสรุปประโยชน์จากการเข้ากลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดถึงความรู้สึกหลังจากเข้ากลุ่มซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลกลับไปทำการบันทึกที่บ้าน และนำมาพูดคุยในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวทักทายเปิดกลุ่มและพูดคุยกับสมาชิก กล่าวทบทวน

สรุปการเรียนรู้ผ่านตัวแบบในกิจกรรมที่ 2 และชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ 3 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

2. ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยจัดให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ร่วมกันจากการทำแบบบันทึกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยได้แจกไว้ในกิจกรรมที่ 2 ให้สมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายปัญหาที่พบจากการทำกิจกรรมและช่วยกันเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จัดประเด็นที่ได้จากการอภิปราย

3. ระยะสิ้นสุดดำเนินการผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปรายเพิ่มเติมกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ยังขาดและให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 3/1 และ 3/2 และผู้วิจัยกล่าวชมเชยผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ดี ถูกต้อง และกล่าวแสดงความเชื่อมั่นผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัย สรุปกิจกรรมร่วมกับสมาชิก นัดหมายการร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์

1. ระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวทักทายเปิดกลุ่มและพูดคุยกับสมาชิก กล่าวทบทวนสรุปการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองในกิจกรรมที่ 3 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ 4 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

2. ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนการรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และการแก้ปัญหาของตนเอง การเผชิญความเครียด และแจกใบงานที่ 4/1 การจัดการกับความเครียด และอภิปรายร่วมกัน โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จัดประเด็นที่ได้จากการอภิปราย

3. ระยะสิ้นสุดดำเนินการ ผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย และสาธิตวิธีการผ่อนคลายความเครียดและแจกใบความรู้ที่ 4/1 และ 4/2 โดยการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ฝึกการหายใจ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม และพูดถึงสิ่งที่ได้รับในการทำกิจกรรม และสรุปกิจกรรมทั้งหมด และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางในการพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและพัฒนาด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิก และการดำเนินของโรคจิตเภท
- 1.2 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 1.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

- 2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในครอบครัว
- 2.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในครอบครัว

3. ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา

- 3.1 แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา
- 3.2 การประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา
- 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

- 4.1 แนวคิดพื้นฐาน
- 4.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 4.3 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 4.4 วิธีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

5. แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram

6. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อ

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

7. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิก และการดำเนินโรค

ความหมาย มีผู้ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้ดังนี้

สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า โรคจิตเภทหมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุอาการดังกล่าว

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า โรคจิตเภทโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ลักษณะเฉพาะของโรคนี้คือ อาการของโรคจิตซึ่งทำให้การทำงานที่ต่าง ๆ ของจิตมีความบกพร่องไป และเกิดความผิดปกติในด้านต่าง ๆ คือ ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม (ทวิ ตั้งเสรี, 2541) Fox and Kane (1996 : 321) หมายถึง โรคที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภทส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาว่าผู้ที่มีฐานะยากจน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะปานกลาง ถึงร้อยละ 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545)

WHO (1992) กล่าวว่า โรคจิตเภทหมายถึง กลุ่มอาการที่แสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้ ด้านสติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และการขาดแรงจูงใจ โดยอาการแสดงมักจะปรากฏครั้งแรกในช่วงวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมักจะเกิดอยู่นานอย่างน้อย 6 เดือน สรุป โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์และการรับรู้พบมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวชทั้งหมด ซึ่งพบทั้งในเพศหญิงและเพศชาย และมักมีการป่วยซ้ำสูง

สาเหตุ ของการเกิดโรคจิตเภท

Kaplan and Sandock (1988 : 255) กล่าวว่าข้อบ่งชี้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทมากที่สุดได้แก่

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor) ได้แก่

1.1 พันธุกรรมและองค์ประกอบของร่างกาย มีการศึกษาพบว่า ความผิดปกติใน Gene มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคจิต มีการศึกษาอัตราการเกิดโรคในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือด ยิ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากเท่าใด จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคทางจิตเพิ่มมากขึ้น

1.2 ปัจจัยทางชีวเคมี (Biochemical factor) เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีประสาทในสมอง (Neurochemical disturbance)

1.3 ปัจจัยทางสรีระวิทยา เช่น การติดเชื้อไวรัส ความผิดปกติทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางเนื้อเยื่อ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตแล้วพบว่าสมองมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะคล้ายการติดเชื้อโรคบางชนิด (Steven cited in Townsend, 2000)

2. ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factor) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติการทำหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตใจนับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (Taylor, 1994 : 50)

3. ปัจจัยทางครอบครัว (Family factor) จากการศึกษาพบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งกันของสัมพันธภาพในชีวิตคู่ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลภายในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความสับสนทางจิตใจ นอกจากนี้การที่ครอบครัว มีการสื่อสารแบบสองนัย ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกันแต่ขัดแย้งกัน

4. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม มีการศึกษาพบว่า ภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต อาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจไม่ดีมีโอกาสเกิดโรคจิตเภท ได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง (Sadock and Sadock, 2000)

5. ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic factors) เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท จากการศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี มีสองความคิด คือ เชื่อว่ากลุ่มประชากรที่มีฐานะทางสังคมและระดับเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า แต่มีคนแย้งว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วก็จะทำให้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยตกต่ำลง

6. ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors)

6.1 ด้านความขัดแย้งในจิตใจ (intrapsychic conflict) โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้กล่าวถึงพื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์ว่า เกิดมาจากแรงผลักดันภายใน หลายอย่างเช่น แรงขับทางเพศ หรือแรงขับของความก้าวร้าว ซึ่งส่วนมากเป็นแรงขับที่ยังไม่ได้รับการขัดเกลา และเป็นแรงผลักดันที่อยู่ภายใต้จิตสำนึกของมนุษย์ทุกคน สำหรับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เกิดจากบุคคลไม่

สามารถจัดการตนเอง และแรงขับที่เกิดจากแรงผลักดันภายใน เป็นผลให้เกิดความไม่เหมาะสมในการทำหน้าที่ของตนทางจิตใจ ร่วมกับการใช้กลไกทางจิต ชนิดที่ไม่ช่วยแก้ไขปัญหา

6.2 ด้านสัมพันธภาพระหว่างมารดา กับทารกที่ผิดปกติ (defects in the mother-child relationship) ทารกแรกเกิดไม่สามารถสนองความต้องการของตนเองได้ ฉะนั้นผู้เลี้ยงดูหรือมารดาเป็นผู้สนองความต้องการให้ทารกทุกอย่างบุคคลทั้งสองจึงมีความสัมพันธ์ต่อกันเป็นความผูกพัน ความไม่ปกติเกิดจากการที่เด็กควรพัฒนามาช่วยตนเองได้ แต่เด็กไม่สามารถแยกจากมารดาได้ คอยต้องพึ่งพาอาศัยมารดาตลอดพบได้ในกรณีที่ผู้เลี้ยงดูหรือมารดาแสดงให้เห็นว่าตนเองมีอำนาจเหนือเด็ก เด็กจึงไม่มั่นใจ ไม่เป็นตัวของตัวเอง

6.3 ด้านการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว (Double-bind communication) การที่บุคคลเติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่ครอบครัวมีการสื่อสารไม่สม่ำเสมอ ไม่คงเส้นคงวา ไม่ตรงไปตรงมา หรือมีข้อมูลแอบแฝงอยู่ สร้างความสับสนให้กับครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่กำลังเจริญเติบโต ทำให้เด็กมีความยุ่งยากในการแยกแยะความจริง เกิดความไม่ไว้วางใจ และมีท่าทางระมัดระวัง ขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น

6.4 ด้านครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ (Dysfunction family) เกิดมาในครอบครัวผู้ที่เลี้ยงดูหรือบิดามารดา มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น บุคลิกภาพแปรปรวน ดิเคา ดิเคสุรา เชื่อว่ามีผลต่อคุณภาพการเลี้ยงดูบุตร ไม่สามารถตอบสนองร่างกายและจิตใจ ได้อย่างเหมาะสมสาเหตุการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่ชัดเจน ไม่มีทฤษฎีใดที่กล่าวได้อย่างชัดเจนว่าอะไรเป็นสาเหตุของการเกิดโรค จากการศึกษพบว่าเกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

อาการทางคลินิก

อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มาโนชน์ หล่อตระกูล, 2543; Taylor, 1994 : 245) ดังนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้าน Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน Disorganization dimension ได้แก่ Disorganized behavior เป็นพฤติกรรม ที่ผิดปกติไปอย่างมาก และ Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในทางเดียวกันได้ตลอด อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่ พบบ่อยได้แก่ Persecutory delusion Delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptom) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไป ควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร Asociality เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

การดำเนินโรคของโรคจิตเภท

โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนชน์ หล่อตระกูล, 2542) คือ

1. ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่ การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก แต่ก็ไม่ผิดปกติชัดเจน มีบ้างที่อาจเห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนขี้เกียจ สนใจตัวเองน้อยลง มีการใช้คำพูดหรือสำนวนแปลกๆ ระยะนี้อาจนานเป็นเดือนหรือเป็นปี

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรือมีอาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติคือ อาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสารด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว

3. ระยะอาการทุเลา (stabilization phase) หรือ ระยะอาการคงที่ (stable phase) ระยะนี้เป็นระยะที่อาการต่าง ๆ เริ่มคงที่ บางรายอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ หรือโชคลาง อาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้

1.2 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

สาเหตุของโรคจิตเภท อาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการรับการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกายเป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม เป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่นครอบครัวบำบัด จิตบำบัด เป็นต้น

1.2.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นหัวใจของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท โดยการรักษาด้วยยาสามารถปรับดุลของสารชีวเคมีในร่างกาย และพบว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย ชนิดของยารักษาอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) แบ่งเป็น 2 แบบได้แก่

1. ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม (Typical anti - psychotics)

ก. Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่แพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิดมีสูตร โครงสร้างเหมือนกันแต่มี side chain แตกต่างกัน

ข. Thioxanthene เป็นยารักษาโรคจิต กลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มากแต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chlorprothixene Thiothixene Flupenthixol Chopenthixol

ค. Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์ง่วงนอนน้อย และมี Extra – pyramidal side effect สูง เช่น Haloperidol และ Triperidol

ง. Dibenzoxanepines ยากลุ่มนี้มีใช้ในเมืองไทยตัวเดียวคือ Loxapine

จ. Diphenylbutypiperidine ใช้ในประเทศไทย 2 ตัว คือ Pimozide

2. ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (New anti- psychotics) ยาในกลุ่มนี้มี 2 ชนิด (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) คือ

ก. Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต้านการรักษาโดยออกฤทธิ์สกัดกั้น serotonin , nor- adrenaline, acetylcholine และ histamine มากกว่า dopamine และออกฤทธิ์ D1 มากกว่าฤทธิ์ D2 antagonist ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ cortex และ limbic system มากกว่า basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท จึงเป็นยาที่ได้รับความนิยมมาก

ข. Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า haloperidol แต่ต้องใช้ขนาดปานกลาง(4-10 มิลลิกรัมต่อวัน) และมีผลข้างเคียงน้อยกว่า Haloperidol ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2537) คือ

1. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effect) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนานๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ที่พบบ่อยได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำในผู้ชายอาจมีการหลั่งน้ำกามช้า หรือไม่หลั่งเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อาการความดันโลหิตต่ำพบได้มากที่สุดจาก Chlopromazine จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอและผู้สูงอายุ ส่วน Extra – pyramidal side effect เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรงแบ่งเป็น 4 แบบ คือ

1.1 Parkinsonian syndrom ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (tremor) ที่มีมือ แขน ขา ลำตัว มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวทื่อ ไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (mask- like faces)

1.2 Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (torticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่ง หรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคับปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือบขึ้นข้างบนตลอดเวลา อาการดังกล่าว ไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาน

1.3 Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่หนึ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่น มีคล้ายกับอาการวุ่นวาย (agitated)

1.4 Tardive dyskinesia เป็นลักษณะกลุ่มอาการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ ที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่งคือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพอง ซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยว สูดปาก เลียและดูดริมฝีปาก แลบลิ้นขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้วเปลือกตากระตุก มีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็วและคาดคะเนไม่ได้

2. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจ อาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T wave กว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่า มีผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อยคือ Thioridazin

3. Central Anticholinergic Syndrom เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากที่มีฤทธิ์ Anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา antiparkinson ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลมาจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ วุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก ปั่นไส้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงถึงโคม่าได้

4. Neuroleptic Malignant syndrome (NMS) อาการที่สำคัญคือ มีไข้ กล้ามเนื้อมี ความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราการตายถึงหนึ่งในห้าต้องรีบให้การแก้ไขโดยการหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมดให้การรักษาประคับประคอง เพื่อให้ไข้ลด และควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5. อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชัก แต่ไม่ได้เป็นข้อห้ามแพทย์มักลดขนาดของยาลง

6. อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาในระยะแรก แต่มักลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ฤทธิ์ของยาทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่นานตลอดวัน จึงสามารถให้ยารักษาโรคจิต โดยการกินเพียงวันละ ครั้งก่อนนอนได้

7. อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา และมีหลักฐานที่เป็นข้อบ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าสาเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlopromazine พบมากที่สุด

8. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อยคือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็ไม่ได้ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายมาก คือ Agranulocytosis, Leukopenia Pancytopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenia purpura

9. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (skin eruption) ได้หลายแบบ เป็นผลจาก ปฏิกิริยาภูมิแพ้อาการคล้ายแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจาก Chlopromazine มากกว่าตัวอื่น บางครั้งพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังที่โดนแสงแดด อาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฟ้าคล้ายโลหะ

10. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlopromazine ในขนาดสูงนานๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงในผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการใช้แสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูง อาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ อาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

11. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน ที่พบบ่อยคือ การเพิ่มระดับ prolactin ซึ่งเป็นผลทำให้มีนมคัดและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายขาดระยะดูไปนาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิต ยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

1.2.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมกับการรักษาโดยการให้ยารักษาโรคจิต

1.2.3 การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษาเนื่องจากสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียดได้ เช่น การทำจิตบำบัด แบ่งเป็นจิตบำบัดรายบุคคลและจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นกระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เช่น กิจกรรมบำบัด เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) หรือการทำจิต

บำบัด (psychotherapy) ซึ่งการทำจิตบำบัด (psychotherapy) นี้ปฏิบัติโดยจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สิ่งสำคัญโดยเน้นที่การพูดคุยกับผู้ป่วยโดยลำพัง เป็นกลุ่มและพูดคุยกับญาติโดยการให้ความมั่นใจ เห็นอกเห็นใจ และส่งเสริมให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับแค้นใจ ความโกรธ ความไม่สบายใจที่มีอยู่ให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริงโดยใช้เหตุผลยอมรับข้อบกพร่องและผลเสียที่เกิดขึ้นต่อตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวได้ดีขึ้นในอนาคต

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ที่ให้การพยาบาลจะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม และเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2547) โดยการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทมีหลักการดังต่อไปนี้

1. การพยาบาลด้านร่างกาย ในการพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดของร่างกายและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยจะไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดร่างกาย ด้านสุขอนามัย ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ภาวะขาดสารอาหารเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้ป่วยประเภทนี้มีพฤติกรรมคงรูปเดิม ชนิดหุนหันว้างจะมีปัญหากล้ามเนื้อขาดเลือด ไปเลี้ยง พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยในกรณีนี้ ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ ผู้ป่วยที่นั่งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ ก็อาจจะมีปัญหาด้านกล้ามเนื้อหดตัว และขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลจึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดียว กิจกรรมที่จัดให้ ก็ควรให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ในระยะแรกกับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผู้ป่วยอาจจะยังไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ควรอนุโลมให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังตนเองได้ตามสมควร

2. การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลผู้ป่วยด้านความคิดนั้น พยาบาลควรกระทำคือ การหาความหมายของความคิดของผู้ป่วย การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นจะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือทำให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality)

3. การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่านิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบ

เหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจจะทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4. การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยเดินอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น พยาบาลที่มีความตั้งใจดีอาจจะพยายามนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับคนอื่น ๆ โดยที่ยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะทำอันตรายพยาบาลได้ด้วยความหวาดระแวงและการหลงผิด นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจจะมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจพฤติกรรมแปลก ๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน และเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะด้านสังคมที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อให้คนที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

สรุปได้ว่าสรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และด้านต่าง ๆ ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมิน วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังการพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นในการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวว่า หมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Horowitz (1985 อ้างถึงในจอม สุวรรณ โน, 2541) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแลดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงมุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น ใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึงบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชนจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ดูแลเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก ในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

Orem (1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยเหลือส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

ดังนั้นผู้ดูแล คือบุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้ดูแลอาจมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะสมาชิกในครอบครัว หรือเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติกับผู้ป่วย หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ เช่น เพื่อน ซึ่งในการคัดเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ต้องพิจารณาหลายๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลเนื่องมาจาก การดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง มีผลต่อสุขภาพ ของผู้ดูแลได้

2.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปจะมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ แต่มีความแตกต่างที่ชัดเจนในส่วนของภาระการดูแลเฉพาะของโรคจิตเภท และในผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละคนทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการและความรุนแรงของพฤติกรรม ที่มีผลต่อความบกพร่องในด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ ผู้ดูแลจะต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการ และดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วย

2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลและครอบครัว จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านความเป็นอิสระของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อส่วนบุคคลดังต่อไปนี้

2.3.1 ด้านร่างกาย การมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความดูแล ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลได้ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคส่วนใหญ่มักจะมีอาการเรื้อรัง จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้ากับบทบาทหน้าที่ ที่ได้รับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรง เจ็บหน้าอกโดยไม่ทราบสาเหตุ รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับจนต้องพึ่งยานอนหลับหรือดื่มสุรา เกิดอารมณ์เศร้าซึม และเครียด (Ekberg, Griffith, and Foxall, 1986 ; Minister of Supply and Services of Canada, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิกร อุปเสน (2541) เกี่ยวกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อย และบางรายอาจถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายด้วย

2.3.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาต่าง ๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรจึงจะเหมาะสม จนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ ; Loukissa, 1995) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป ความรู้สึกอับอายที่มีญาติ

เจ็บป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา (Ip and Mackenzie, 1998) ดังเช่นการศึกษาของ Baker (1995) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ความรู้สึกสูญเสีย เสรีภาพ โศกเสียใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลจะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงตามมา

2.3.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ชุมชน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางคนอาการรุนแรง แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แปลกประหลาด น่ากลัวและคุกคามต่อบุคคลในชุมชนได้ (สมณฑานุญชัย, 2545) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอับอายและเป็นตราบาป (Glendy and Mackenzie, 1998) ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้จากการที่ไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยไว้ตามลำพังได้ (มนตรี อมรเชษฐกุล, 2544)

2.3.4 ด้านความเป็นอิสระของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลมีความเป็นอิสระน้อยลง เนื่องจากมีภาระหลายอย่างที่ต้องดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยโดยไม่สามารถกำหนดเวลาที่จะให้การดูแลได้แน่นอน เพราะต้องขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย

2.3.5 ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เพราะต้องลางาน, หยุดงาน หรือต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (รัชนิกร อุปเสน, 2541; Thomson et al., 1993) ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ (นิมิตา ล.สกุล, 2544) เกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยพบว่าการมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัว มีรายจ่ายมากขึ้น ในการรักษาพยาบาล และรายได้ของสมาชิกคนอื่นๆ ลดลง

การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ อารมณ์ และสังคมดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและต้องการความช่วยเหลือ หากผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก็จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้

3. ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา

3.1 แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา (Dependent care agency) เป็นความสามารถของผู้ดูแลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือกระทำ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กวัยร่น หรือผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง อันเนื่องจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem, 2001) ความสามารถของบุคคลมีต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพา เปรียบเทียบกับความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น โครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Capabilities for dependent - operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1.1 ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimate) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ทั้งนี้จะต้องประกอบด้วย พลังความสามารถ 10 ประการ

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components of care) เป็นตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้ และการกระทำของผู้ดูแลโดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจ เพื่อการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบ รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลผู้ป่วย

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สติปัญญาการรับรู้การจัดการกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล (Foundation) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย โดยทั่วไป โดยทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาท สำหรับความรู้สึก (Sensation) รวมทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.3 การรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความหวังในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

อย่างไรก็ตาม โอเร็มเห็นว่า พยาบาลมีบทบาทในการค้นหาบุคคลที่มีความเหมาะสมและมีความเต็มใจที่จะเป็นผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว และช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพาให้สามารถดูแล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ (Orem, 2001) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจะต้องใช้

ความสามารถในการดูแลเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลต้องใช้พลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลโดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจัง เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้แก่

1. ความสนใจเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยจิตเภทในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย โดยที่ผู้ดูแลจะต้องมีเวลาสนใจ เอาใจใส่และตระหนักถึงปัจจัยสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมกับสถานะของโลก

2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง โดยที่ผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถในการลำดับความสำคัญและการใช้พลังงานอย่างเหมาะสม เพื่อการดูแลผู้ป่วย

3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกาย ของตนเองเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้มีกิจกรรมต่างๆ อย่างเสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลสามารถทำได้อย่างเต็มที่

4. ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผล เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และรู้จักตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถแยกแยะเหตุและผล รู้จักมองความเกี่ยวข้องของความต้องการของผู้ป่วยกับการกระทำเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง

5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายของการดูแล และผู้ป่วยสอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ โดยมองเห็นถึงคุณค่าและความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลสุขภาพผู้ป่วย คือการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ ผู้ดูแลจะต้องทราบถึงอาการผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และมีความสามารถในการที่จะตัดสินใจจะพาผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อให้การรักษาได้ทันที่

7. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำ และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรคของผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลที่ถูกต้อง

8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญาและการรับรู้การจัดกระทำการติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ เพื่อปรับการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลสามารถที่จะใช้ทักษะในการติดต่อ สอบถามแพทย์ พยาบาลหรือผู้รู้ เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

9. มีความสามารถในการจัดระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลทราบถึงการกระทำที่ต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และสามารถจัดลำดับของกิจกรรมต่างๆ ให้สัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวันอื่นๆ ของผู้ดูแลได้

10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ดูแลสามารถที่จะรักษาบทบาทของตนเองและให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยยังคงมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และสามารถสอดคล้องการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลและครอบครัวได้

จะเห็นได้ว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) นั้นประกอบด้วยองค์ประกอบมากมาย ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกพลังความสามารถ 10 ประการ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคลในการประเมินความสามารถของผู้ดูแล เนื่องจากความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความลึกซึ้งและต่อเนื่องเพราะต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งความสามารถ ดังกล่าวจะเป็นพื้นฐานให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

3.2 การประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา

การประเมินความสามารถในลักษณะวัดพลังความสามารถ 10 ประการ ได้มีผู้สร้างไว้หลายท่าน เช่น

Denyes (1986) สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Denyes Self-care Agency Instrument: DSCAI) เพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่น

Moore and Gaffney (1989) ได้นำเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ Denyes ไปศึกษาหาวิธีการที่จะส่งเสริมความเป็นอิสระและความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กนักเรียนพบว่าใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลเด็กนักเรียนได้ และมีคะแนนความสามารถในการดูแลสูง

ในการศึกษาครั้งนี้ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึงความสามารถของผู้ดูแลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือกระทำ รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทตามความต้องการที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามการรับรู้เกี่ยวกับพลังความสามารถในการกระทำดูแลตนเองอย่างจงใจเพื่อให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทตามศักยภาพที่ผู้ดูแลสามารถกระทำได้ โดยใช้แบบประเมินพลังความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามแนวคิดเรื่องความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้อง

พึ่งพา (Dependent care agency) ของ โอเร็ม (Orem, 1995) ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งได้พัฒนามาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหัวใจวาย เลือดคั่งของวันดี โดสุซึชิ (2539) โดยใช้องค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. ความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจ
2. ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจ
3. ความแข็งแรงของร่างกาย
4. ความเอาใจใส่ในสุขภาพ

ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 ปัจจัย ซึ่งสามารถจะพัฒนาให้เกิดความสามารถดังกล่าวได้

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพา

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลอาจแตกต่างกันตามปัจจัยหลายประการที่มาเกี่ยวข้องกับ (Orem, 1991) ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ โดยความสามารถนี้จะเพิ่มขึ้นตามลำดับของวัยและค่อยๆ ลดลงเมื่อเข้าวัยสูงอายุ (Orem, 1991) เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ รวมทั้งยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตนเองและบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ (Orem, 1995) ดังนั้นผู้ดูแลที่อายุมาก ผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมาก จะมีการตัดสินใจการเผชิญปัญหาและทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537)

อาชีพ อายุเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีการดูแลที่แตกต่างกัน โดยลักษณะอาชีพที่มีการปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน เช่นแม่บ้าน อาจสามารถจัดเวลาในการมีกิจกรรม การดูแลผู้เจ็บป่วย และการพักผ่อนได้อย่างไม่รีบเร่งและจำกัดเวลามากนัก ในขณะที่เดียวกัน อาชีพที่มีการปฏิบัติงานที่มีกำหนดเวลาที่แน่นอน เช่น อาชีพรับราชการ ทำงานรัฐวิสาหกิจ อาจมีเวลาจำกัดในการดูแลผู้ป่วย หรือมีเวลาจำกัดในการพักผ่อน (ไพรินทร์ กันทนะ, 2543)

รายได้ เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อศักยภาพของบุคคลในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา และเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล (Orem, 1985) จากการศึกษาของชูศรี ดีวสกุล (2539) ในมารดาที่พาบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 300 คน พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตร

สุขภาพ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายความสามารถของผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากภาวะสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านความสามารถของร่างกายที่ช่วยให้ผู้ดูแลมี

ศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการกับการดูแลบุคคลที่ต้องการดูแล (Orem, 1991) จากการศึกษาของ เกลิม วงศ์จันทร์ (2539) ในผู้ดูแลเด็กสมองพิการ พบว่าภาวะสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ มีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย การมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 1995) จากการศึกษาของสกาเวรตัน พวงจันทร์ (2538) ซึ่งศึกษาในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 120 ราย พบว่า ระดับศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วย

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4.1 แนวคิดพื้นฐาน

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นทฤษฎีที่ Albert Bandura อาจารย์และนักจิตวิทยาชาวแคนาดา ได้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning Theory) ประกอบด้วยแนวคิด 3 ประการ คือ แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation Learning) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulatory) และแนวคิดของความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1986:1977) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ตามที่ต้องการ เนื่องจากบุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อเขาเชื่อว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งนั้นให้สำเร็จ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกันแต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าบุคคล 2 คนนี้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในแต่ละสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ซึ่งจะแสดงไว้ให้เห็นดังภาพ

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้น

	สูง	ต่ำ	
สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	การรับรู้ สมรรถนะ
ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน	แห่งตน

ภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภายิต, 2549) แรงผลักดันทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล บุคคลจะได้รับการเสริมให้มีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น เมื่อผลจากการกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นไปในทางที่ดี แต่จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติในพฤติกรรมที่มีผลเสีย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

4.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น Bandura (1986) เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 ปัจจัยคือ

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรงความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกับการทำให้เขารู้ว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รู้ว่าตนเองมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่า เขาก็จะสามารถที่จะประสบผลสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่ามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้ (Kazdin, 1974)

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคล อย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้อาจจะทำให้เกิดความกลัว และจะนำไปสู่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

4.3 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

มีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยทั่วไปที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของเบนดูรา ดังนี้คือ

แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไปของ ชิเรอร์ และคณะ (Sherer, M. et al.,1982) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยสร้างเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนขึ้นเรียกว่าแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป (The general Self-efficacy) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต 4 อันดับ ซึ่งจะวัดคุณลักษณะ 3 ประการของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและนำไปทดสอบกับนักศึกษาวิชาจิตวิทยาจำนวน 376 คน จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หองค์ประกอบและตัดข้อคำถามที่ไม่เข้าเกณฑ์ความเชื่อมั่นออกจนเหลือข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยทั่วไปจำนวน 17 ข้อ และส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านสังคม จำนวน 6 ข้อ โดยข้อคำถามทั้ง 2 ส่วนจะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติ หรือกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเป็นการประเมินในการกระทำกิจกรรม โดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

Littlefield and Daneman (1992) ได้ปรับเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของกินเจอรี่และกลาสโกว์ เพื่อนำมาประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในเด็กซึ่งไม่ได้กล่าวว่าการประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีที่มิต การให้คะแนนโดยใช้สัญลักษณ์คือ A+ หมายถึงมั่นใจมาก A หมายถึงมั่นใจปานกลาง และ F หมายถึงไม่มั่นใจเลย ซึ่ง Littlefield กล่าวถึงการให้คะแนนแบบใช้สัญลักษณ์เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กสนใจและง่ายต่อการตอบ

Jerusalem, M., and Schwarzer, R (1993) ได้สร้างเครื่องมือวัดสมรรถนะแห่งตนทั่วไป ตามกรอบแนวคิดของเบนคูราโดยข้อคำถามถึงความเชื่อมั่นของบุคคลจำนวน 10 ข้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาและหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจาก 23 ประเทศ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.76-0.90

ศรีสุดา เจริญวงศ์วัฒน์ (2538) ได้สร้างเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการวัดความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การควบคุมความเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การพักผ่อนและการจัดการกับความเครียด จำนวนข้อคำถาม 17 ข้อมีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ 0.84

ศรินทร มังคะมณี (2547) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดัดแปลงแบบสอบถามของศศิธร ชัยวิเศษ (2541) ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และใช้ในการตรวจสอบโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ให้กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ตามแนวคิดของเบนคูรา

จากแบบประเมินดังกล่าวข้างต้นพบว่าเป็นแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ยังไม่พบในการประเมินสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดสมรรถนะแห่งตน ของศรินทร มังคะมณี (2547) ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงความหมายของเนื้อหาบางข้อ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ในการสอบถามความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ถ้าผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนสูง อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ดีด้วยเช่นกัน

4.4 วิธีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น Bandura ได้เสนอแหล่งข้อมูลในการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการทำที่เราจะสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น เกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ 4 แหล่ง ดังนี้

1. การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) การกระทำกิจกรรมจนเกินความสำเร็จ จะช่วยส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง โดยเชื่อว่า ถ้าหากให้กระทำกิจกรรมนั้นอีก หรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ตนจะสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จแต่ถ้าล้มเหลวซ้ำแล้วซ้ำเล่า และบั่นทอนความเชื่อในความสามารถของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความล้มเหลวนั้นเกิดขึ้นก่อนที่ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะถูกสร้างขึ้น ถ้าหากบุคคลใดได้สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองขึ้นมาแล้ว ก็มักจะมี ความพยายามในการทำกิจกรรมที่กำหนด และถึงแม้จะต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ก็ไม่ย่อท้อง่าย ประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จมาก่อนเป็นแหล่งที่มาที่สำคัญ และมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน วิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ผู้เรียนสามารถรับรู้หรือเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ได้เข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริงได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรม และได้สัมผัสด้วยตนเอง จากประสบการณ์ทั้ง 5 ซึ่งจากการศึกษา พบว่า มนุษย์สามารถรับรู้จากเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากสิ่งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม โดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ประสาทตารับรู้โดยการมองเห็น ประมาณร้อยละ 75 ประสาทหูรับรู้โดยการฟัง ประมาณร้อยละ 13 ประสาทผิวหนังรับรู้โดยการลูบคลำประมาณร้อยละ 6 ประสาทจมูกรับรู้โดยการดมกลิ่นประมาณร้อยละ 3 และประสาทลิ้นรับรู้โดยการลิ้มรสประมาณร้อยละ 3 (วาสนา ชาวหา, 2533)

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Model) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) ที่ประสบความสำเร็จในเรื่องใดเรื่องหนึ่งย่อมมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สังเกตในเรื่องนั้นๆ ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าตัวแบบนั้น มีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตมากเท่าไรก็ยังมีอิทธิพลมากขึ้น การที่ได้สังเกตตัวแบบแดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้ผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าเขาก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ การใช้ตัวแบบประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้

- 1) กระบวนการตั้งใจ (Attentional Processes)
- 2) กระบวนการเก็บจำ (Retension Processes)
- 3) กระบวนการกระทำ (Production Processes)
- 4) กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) กระบวนการตั้งใจ (Attentional Processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จาก การสังเกต ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจรับรู้อย่างแม่นยำที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจเป็นตัวกำหนดว่า บุคคลสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะสังเกตต้องเป็นแบบที่มีลักษณะเด่นชัดเป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออก ไม่ซับซ้อนมาก เข้าใจง่าย และพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบจากผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ของผู้สังเกต ซึ่งรวมถึงการเห็น การรับรู้รส กลิ่น และสัมผัส ระดับการรับรู้ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยเรียนรู้มาก่อนแล้ว

2) กระบวนการเก็บจำ (Retension Processes) บุคคลต้องจดจำลักษณะของตัวแบบ แล้วแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปของสัญลักษณ์ และจัด โครงสร้างเพื่อให้จดจำง่าย การที่บุคคลมีการเก็บจำ จึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบได้ทันที หรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะเวลาหนึ่ง

3) กระบวนการกระทำ (Production Processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ขึ้นมาเป็นการกระทำ การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำไว้ได้ จะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม การเลียนแบบของตนจนเป็นที่พึงพอใจ

4) กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ อาจแสดงออกมาหรือไม่ ก็ขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจภายนอก ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ หรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่น่าพอใจ จะมีแนวโน้มเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ หรือเกิดความรู้สึกลัวว่าตนได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ

ประเภทของตัวแบบเสนอได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ คือ Bandura (1977)

ประเภทที่ 1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live Modeling) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ซึ่ง สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2536) ได้เสนอลักษณะตัวแบบไว้ ดังนี้

1) ควรจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ทั้งทางเพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ จำทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้น เหมาะสมและสามารถทำได้ เพราะคล้ายคลึงกับตน ทำให้คิดว่าตนเองก็น่าจะทำได้

2) ควรเป็นผู้มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่ถ้ามีชื่อเสียงมากเกินไปจะทำให้ผู้สังเกตคิดว่า พฤติกรรมนั้นไม่น่าเป็นจริงได้สำหรับผู้สังเกต

3) ควรมึระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกตหรือความสามารถสูงกว่าผู้สังเกตเล็กน้อย จึงจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากที่สุด

4) ควรมึลักษณะอบอุ่นและเป็นกันเอง

ประเภทที่ 2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) คือ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน ภาพยนตร์ เทปบันทึกภาพ ข้อเขียน หรือหนังสืออนวนิยาย เป็นต้น (ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2527 ; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีการสังเกตนั้นจะต้องมีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน มีความเป็นไปได้ ดึงดูดใจให้ปฏิบัติตาม และมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ (Bandura , 1977)

3. การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นซึ่งมีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant Persuasion) แสดงออกโดยคำพูดว่า เขามีความเชื่อในความสามารถของบุคคลนั้นว่า จะสามารถทำกิจกรรมที่กำหนดได้ การพูดชักจูงให้ความเชื่อความสามารถของตนเองนี้ ย่อมทำให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยในตัวเอง (Self - Doubts) แต่เกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ เป็นการแนะนำ อธิบาย ชักชวน หรือให้คำพูดชื่นชมผู้อื่นว่า มีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมที่บุคคลนั้นรู้สึกยุ่งยากที่จะตัดสินใจความสามารถของตน วิธีนี้ที่นิยมใช้กันมาก แต่จะมีผลเพียงระยะสั้นๆ และมีผลต่อการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ไม่มากนัก ควรใช้ร่วมกับการให้บุคคลได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Bandura , 1977)

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective States) ในการตัดสินใจความสามารถของตนเองของบุคคล ส่วนหนึ่งอาศัยอาการแสดงทางกายและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคาม จะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองลดลง ซึ่งโดยทั่วไปคนเรามักจะท้อถอยและคิดถึงความล้มเหลวมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จ เมื่ออยู่ในภาวะเหนื่อยล้าหรือตึงเครียด หากบุคคลรู้ว่าตนมีความวิตกกังวลสูง จะขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมักจะตัดสินใจหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น หรือสถานการณ์นั้นบุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ เมื่อไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยสนับสนุนให้คุ้นเคยกับสถานการณ์นั้นๆ มากขึ้นทีละน้อยๆ การผ่อนคลาย การป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) การลดความรู้สึกโดยใช้สัญลักษณ์ (Symbolic Desensitization) ให้เกิดความมั่นใจว่า นั้นเป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เป็นปกติ และแนะนำว่าอาจเป็นปัจจัยด้านบวกในการกระทำ (Bandura , 1977)

จะเห็นได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และเป็นตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้และการกระทำ มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977) มาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ศึกษาคาดว่า ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ในสมรรถนะแห่งตน และคาดว่าตนมีความสามารถเพียงพอ ผู้ดูแลก็จะทำพฤติกรรมนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้ป่วยจิตเภท

5. แนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Murrain

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

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

1. การจัดตั้งกลุ่ม สิ่งสำคัญที่ผู้นำกลุ่มจะต้องนึกถึงในการจัดตั้งกลุ่ม คือ

1) วัตถุประสงค์ทั่วไป กำหนดขึ้นเพื่อ

ก. ช่วยให้สมาชิกมีการรับรู้ในพฤติกรรมของตน และสัมพันธภาพระหว่างตนกับสมาชิกด้วยกัน จากข้อมูลย้อนกลับที่ได้จากสมาชิกในกลุ่มและผู้นำกลุ่ม

ข. ช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกัน และทำให้สมาชิกมีความมั่นใจยิ่งขึ้น

ค. ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ หมดหวัง จากการที่รู้สึกว่าตนประสบปัญหานั้นๆ แต่ลำพังเพียงผู้เดียว

ง. ให้โอกาสแก่สมาชิกในการปฏิบัติตนเพื่อให้ประสบผลสำเร็จในรูปแบบการสื่อสารกับผู้อื่นมากขึ้น

จ. ช่วยให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัยว่ากลุ่มเป็นที่ที่สามารถเปิดเผยปัญหาให้สมาชิกอื่นรับรู้ได้ และจะได้รับการเรียนรู้จากประสบการณ์ของสมาชิกอื่นๆ

2) วัตถุประสงค์เฉพาะรายบุคคล เป็นพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนที่แสดงออกมาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั่วไป วัตถุประสงค์ทั่วไป ข้อ ก. จะบรรลุเป้าหมายได้เมื่อสมาชิกมีพฤติกรรม ดังนี้

ก. สมาชิกรับฟังเมื่อผู้อื่นประเมินพฤติกรรมของตน

ข. สมาชิกมีการซักถามให้เข้าใจในเรื่องของตน ซึ่งได้รับการประเมินจากสมาชิกกลุ่ม

ค. สมาชิกบอกได้ว่าตนตั้งใจ หรือมีความคาดหวังอะไรอยู่เบื้องหลังพฤติกรรมที่ตนแสดงออก

ง. สมาชิกบอกได้ถึงความแตกต่างระหว่าง ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมนั้นกับการที่ผู้อื่นรับรู้ในพฤติกรรมที่แสดงออก

2. การคัดเลือกสมาชิกที่จะมาเข้ากลุ่ม

ในการคัดเลือกสมาชิกที่จะมาเข้ากลุ่ม ต้องพิจารณาว่าใครที่ควรจะได้รับประโยชน์จากกลุ่ม และใครพร้อมที่จะเข้ากลุ่ม ซึ่งทำได้โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์และดูจากบันทึกประวัติของสมาชิก

3. โครงสร้างของกลุ่ม

การจัดโครงสร้างของกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มบรรลุเป้าหมายได้โดยง่าย จะต้องคำนึงถึงบรรยากาศของกลุ่ม ขนาดของกลุ่ม สถานที่และระยะเวลาในการทำกลุ่ม (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร นัตรศุกกุล, 2522; Marram , 1987) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ

3.1 บรรยากาศ บรรยากาศจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกมีอิสระที่จะแสดงความคิดเห็นต่างๆ ออกมา โดยไม่มีอะไรขัดขวางความรู้สึกนึกคิด สมาชิกทุกคนควรจะมี ความทัดเทียมกันทั้งในฐานะและหน้าที่ ควรพยายามจกให้มีบรรยากาศแบบเป็นกันเอง (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร นัตรศุกกุล, 2522)

3.2 ขนาดของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อกลุ่ม (Harnack et al., 1977) กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน (Taylor, 1994) บอร์แมน (Bormann, 1975) กล่าวว่า กลุ่มที่มีสมาชิก 5 คนหรือน้อยกว่า สมาชิกแต่ละคนจะได้พูดกันอย่างทั่วถึง ในกลุ่มที่มีตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป สมาชิกคนที่พูดน้อยมักจะหยุดหรือเลิกพูดไป จะมีแต่คนที่พูดเก่งเท่านั้นที่พูด ยิ่งกลุ่มใหญ่มากขึ้น ศูนย์กลางของการพูดจะยังอยู่ในกลุ่มคนน้อยลง และปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มจะล้มเหลว ในกลุ่มที่มีตั้งแต่ 13 คนขึ้นไป จะมีเพียง 3-7 คนเท่านั้นที่จะพูด ส่วนที่เหลือจะกลายเป็นผู้ดูและผู้ฟัง ในกลุ่มที่มีมากกว่า 13 คน เป็นเวลานาน จะมีการจับกลุ่มเป็นกลุ่ม

ย่อยในกลุ่มใหญ่ ส่วนกลุ่มที่มีสมาชิกน้อยกว่า 5 คน การมองปัญหาจะแคบ จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมที่สุดที่ทำให้กลุ่มมีประสิทธิภาพ (Excellent number) ในการอภิปรายกลุ่ม คือ 5 คน

3.3 สถานที่ สถานที่ที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกมีความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกมากขึ้น ดังนั้นสถานที่ที่ใช้ในการทำกลุ่มจึงควรเป็นสัดส่วนเฉพาะ (Privacy) เงียบสงบไม่มีสิ่งรบกวน หรือเบี่ยงเบนความสนใจ (Marram, 1978) การจัดให้สมาชิกในกลุ่มนั่งหันหน้าเข้าหากัน (Face to Face group) จะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างคล่องตัวทั่วถึง และมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกนึกคิด และอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (Withall and Levis, 1963)

3.4 ระยะเวลา เวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม ควรเป็นเวลาที่ตั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่มว่าง ไม่มีกิจกรรมอื่นๆ ควรกำหนดวัน เวลา และจำนวนครั้งที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม (Marram, 1978)

3.4.1 ระยะเวลาในการทำกลุ่มควรทำครั้งละประมาณ 1-1 1/2 ชั่วโมง (Marram, 1978) ส่วนในกลุ่มเล็กๆ ที่มีปัญหาเพียงเรื่องเดียวไม่ควรใช้เวลาเกินชั่วโมง (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร นัตรศุกกุล, 2522)

3.4.2 ความถี่ของการเข้ากลุ่ม อาจจะจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ส่วนจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับระดับประสบการณ์ที่ต้องการ เป้าหมายของกลุ่ม ทักษะของผู้นำกลุ่มและข้อจำกัดของสมาชิกแต่ละคน (Marram, 1978)

4. ผู้ดำเนินการกลุ่ม หรือผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่ม มีบทบาทสำคัญมากในการทำกลุ่ม เพราะการทำกลุ่มของผู้ป่วยให้ได้ผลดีจะต้องทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ดังนั้น พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้นำในการทำกลุ่ม จะต้องเข้าใจหน้าที่ของผู้นำกลุ่มเป็นอย่างดี และเข้าใจการปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มอย่างถูกต้อง (Marram, 1978)

ความเป็นผู้นำ เป็นพื้นฐานของการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างมีชีวิตชีวา และมีการปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ

หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม (Leadership Function) มี 4 ประการ ดังนี้

1) ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกกลุ่ม 3 ด้าน คือ

ก. ด้านความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security)

ข. ด้านความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มหรือรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging)

ค. ด้านความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship)

ดังนั้น ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสกับสมาชิกกลุ่มในการที่จะตระหนักถึงความสามารถเฉพาะของตน และความรับผิดชอบของตนที่มีต่อหมู่คณะด้วย

2) ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวาให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ในปัญหาต่างๆที่พบ ตลอดจนมีอิสระในการหาแนวทางการแก้ปัญหาต่างๆร่วมกัน ทั้งนี้โดยให้บรรยากาศในกลุ่มไม่อยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป สัมพันธภาพระหว่างบุคคลยังคงมั่นคงเป็นที่น่าพึงพอใจ

3) นำไปสู่ความงอกงามตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้นำกลุ่มต้องควบคุมกลุ่มให้ดำเนินไปตามเป้าหมายของกลุ่มที่ตั้งไว้ มีการเฝ้าคอยติดตาม สังเกตความเปลี่ยนแปลงของสมาชิกว่ามีการงอกงามเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมาชิกได้ประโยชน์จากกลุ่มตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4) สร้างความงอกงามให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน ผู้นำกลุ่มต้องคอยกระตุ้นและสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนว่าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีอย่างไร ในการประชุมแต่ละครั้ง พร้อมทั้งคอยส่งเสริมสนับสนุน ปรึกษาประคอง และแก้ไขพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มให้ดีขึ้น เพื่อให้กลุ่มได้มีการเคลื่อนไหวพัฒนาการไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

5. วิธีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม (Leadership Intervention)

เพื่อให้การจัดกระบวนการกลุ่ม บรรลุตามจุดหมาย ผู้นำกลุ่มจะต้องมีวิธีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม ดังต่อไปนี้

1) กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน และจะต้องอธิบายให้ผู้ช่วยหรือสมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจถึงจุดมุ่งหมาย และวิธีการดำเนินการของกลุ่ม การที่สมาชิกมาเข้าร่วมกลุ่มโดยไม่ทราบวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนนั้น จะทำให้สมาชิกมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น

2) สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อช่วยให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพดี ช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความกระตือรือร้น และสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่ โดยจะต้องมีการวางแผนในเรื่องของโครงสร้างและองค์ประกอบภายนอก โดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรวมกลุ่ม เช่น จำนวนสมาชิกในกลุ่ม การกำหนดระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่ง และลักษณะของสมาชิก เป็นต้น

3) กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกได้มีการพูดจาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหัวข้อเรื่องเดียวกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกได้รับทราบถึงปัญหาของผู้อื่น ได้ทราบว่าผู้อื่นมีปัญหาเช่นเดียวกับตน มีความเข้าใจในปัญหาของ

กันและกัน และหาทางช่วยแก้ปัญหาเหล่านั้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกอยู่ในรูปของการพูดจาหรือความเข้าใจร่วมกัน (Mutual Understanding) สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม (Belonging) มีความเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship) และเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security) นอกจากนี้ ผู้นำกลุ่มอาจกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มเพิ่มมากขึ้น โดยการใช้ โสตทัศนอุปกรณ์ การเล่นเกมส์ หรืออื่นๆ

4) กระตุ้นให้สมาชิกได้พูดระบาย และแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งต่างก็พบร่วมกัน ผู้นำกลุ่มต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมาย และได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่ได้พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคน หรือสมาชิกส่วนมากในกลุ่ม นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันอีกด้วย ทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับ และได้รับความช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

5) การทำกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีความสามารถในการบรรลุถึงจุดหมายของกลุ่มต่างกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องมีความสามารถในการหาวิธีแก้ไขในสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม สามารถแยกได้ว่ามีองค์ประกอบอะไรบ้าง ที่ทำให้การดำเนินการของกลุ่มไม่ต่อเนื่อง หรือทำให้การอภิปรายกลุ่มไม่เป็นไปตามรูปแบบ เช่น สมาชิกบางคนผูกขาดการสนทนาเพียงผู้เดียว ผู้นำกลุ่มอาจพูดว่า “ขณะนี้ดูเหมือนว่าจะมีบุคคลเพียงคนเดียวรับผิดชอบในการอภิปรายในกลุ่ม ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น?” แล้วให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น การใช้วิธีนี้จะทำให้กลุ่มเข้าใจดีขึ้นว่าอะไรคือความต้องการของกลุ่ม และสมาชิกแต่ละคนจะสามารถดำเนินการให้สอดคล้องกับความต้องการของตนในการที่จะบรรลุถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มได้อย่างไร เป็นต้น

6) ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ผู้นำกลุ่มควรช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม โดยผู้นำจะต้องแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการทำกลุ่ม และวิธีที่สมาชิกกลุ่มจะต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ผู้นำกลุ่มจะต้องแสดงท่าทีเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ เต็มใจ และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก

7) การสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องดูแล ควบคุม ความก้าวหน้าในการดำเนินการของการทำกลุ่มทุกระยะจนกว่าจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เพื่อให้บรรลุจุดหมายที่กำหนดไว้

6. บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มนั้นจะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด นอกจากจะขึ้นกับการดำเนินการของผู้นำกลุ่มแล้ว บทบาทของสมาชิกในกลุ่มเองก็มีความสำคัญมาก สมาชิกกลุ่มจะต้องมีลักษณะ “ร่วมเป็นผู้นำ” คือ สามารถดำเนินงานไปตามการวางแผน ช่วยควบคุม

แนวทาง ร่วมปลูกใจสมาชิกในกลุ่มด้วยกันอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้เพื่อสร้างพลังในกลุ่มให้เกิดขึ้น ดังนั้น สมาชิกกลุ่มจะต้องมีหน้าที่ดังต่อไปนี้ (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรศุภกุล, 2522)

- 1) ช่วนำกลุ่ม โดยให้ข้อคิดเห็นใหม่ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองปัญหาในแง่มุมใหม่ เสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา และแนะวิธีขจัดปัญหาของกลุ่ม
- 2) คอยกระตุ้น สนับสนุน ให้กำลังใจ และรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก
- 3) ช่วยสร้างบรรยากาศของกลุ่มให้อยู่ในสภาพที่พอเหมาะไม่เข้มงวดหรือเครียดมากเกินไป แก้ข้อขัดแย้งภายในกลุ่ม ลดความตึงเครียด และการกระทบกระทั่งภายในกลุ่ม
- 4) ตรวจสอบความคิดเห็นต่างๆ ของเพื่อนในกลุ่ม
- 5) ประสานความคิดเห็นต่างๆ เข้าด้วยกัน หาทางทำให้เกิดการสร้างสรรคัมโนภาพทางความคิดเห็นเพิ่มขึ้น
- 6) ปลูกพลังกลุ่มโดยการเสนอแนะความคิดและวิธีการใหม่ เพื่อผลักดันให้กลุ่มได้ก้าวหน้าต่อไป

7. แนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) แบ่งระยะการพัฒนากลุ่มเป็น 3 ระยะ

1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (Initiating Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศแห่งความรู้สึกเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย ให้กับสมาชิกกลุ่มในระยะเริ่มต้นของกลุ่ม ย้ำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจจุดมุ่งหมายของการดำเนินการกลุ่ม แนวทางในการปฏิบัติในฐานะสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกละลายในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นออกมา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มว่าสมาชิกทุกคนต้องต่อสู้กับอุปสรรคเช่นกัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้จะเป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกันและเกิดความไว้วางใจกัน การที่ผู้นำแสดงท่าทีอบอุ่นเป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม โดยการใช้ความคิดของตนเองเป็นเครื่องตัดสิน จะเป็นการสร้างความไว้วางใจในตัวผู้นำกลุ่ม จะมีผลทำให้สมาชิกกลุ่ม กล้าและเต็มใจที่จะเปิดเผยความคิดความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเอง มีความมั่นใจในการให้ และการรับความช่วยเหลือจากสมาชิกในกลุ่ม ส่งผลให้สมาชิกคลายความวิตกกังวล

2) ระยะดำเนินการ (Working Phase) เป็นระยะที่สมาชิกเริ่มมีความคุ้นเคยและไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นระยะระดมพลังของสมาชิกกลุ่ม ในการช่วยกันแก้ไขปัญหา การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จำทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ ที่สมาชิกกลุ่มสามารถ

นำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ นอกจากนี้ความมั่นใจในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถรับและให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกด้วยตนเอง การที่มีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับจะทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง และสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนช่วยเหลือสมาชิกอื่นให้เข้าใจและแก้ไขปัญหาบางอย่างได้

3) ระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม (Final Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการดำเนินการกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้ประเมินความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนความสำเร็จของกลุ่ม โดยอาจใช้การประเมินจากความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม หรือประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มที่แสดงออกมา โดยมีผู้อื่นที่อยู่นอกกลุ่มเป็นผู้ประเมิน เป็นต้น ก่อนจะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องแจ้งให้สมาชิกกลุ่มทราบล่วงหน้า ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มบางราย เกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

8. การประเมินผลของกลุ่ม การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเข้ากลุ่ม การประเมินผลกลุ่มจะต้องทำการประเมินผลเป็นระยะๆ ตลอดเวลาที่กลุ่มดำเนินไป และประเมินหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจากการทำกลุ่ม ดังนี้ (Marram, 1978)

- 1) บทบาทผู้นำกลุ่ม
- 2) บทบาทผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม
- 3) บทบาทของสมาชิกกลุ่ม
- 4) ระยะเวลาในการทำกลุ่ม
- 5) ขั้นตอนของการทำกลุ่ม
- 6) บรรยากาศของกลุ่ม
- 7) การสื่อสารในกลุ่ม

นอกจากจะประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นดังกล่าวแล้ว ควรมีการประเมินความคิดเห็นจากสมาชิกหลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่ม เพื่อนำไปพิจารณาปรับปรุงการทำกิจกรรมกลุ่มให้ดียิ่งขึ้น

สรุปได้ว่า การเข้าใจพัฒนาการกลุ่มจะช่วยให้ผู้นำกลุ่มสามารถประเมินได้ว่ากลุ่มนี้จะดำเนินไปได้ตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ถ้ามีอะไรเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการของกลุ่มจะได้รับการแก้ไขปัญหาในการดำเนินกลุ่มได้

6. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1977) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) กล่าวว่าโดยธรรมชาติมนุษย์จะชอบอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม เริ่มตั้งแต่ในครอบครัว ในโรงเรียน กลุ่มร่วมงาน กลุ่มเพื่อน และกลุ่มสังคม เป็นต้น การรวมกลุ่มกันในรูปแบบต่างๆ นั้น แต่ละกลุ่มจะต้องประกอบด้วยสมาชิก สมาชิกแต่ละคนก็ย่อมมีบทบาทต่อกลุ่มของตน ดังนั้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ขั้นตอนในการทำงานกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ มีการตัดสินใจ แก้ปัญหา และจัดข้อขัดแย้งร่วมกัน กระทำกิจกรรมของกลุ่มร่วมกันเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งเอาไว้ จึงรวมเป็นกระบวนการขึ้นเรียกว่า “กระบวนการกลุ่ม” ซึ่งจะมีพลังทั้งทางด้านกายภาพ และจิตวิทยาอันสลับซับซ้อนเข้ามาเกี่ยวข้อง และได้แบ่งระยะการพัฒนาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (Initiating Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศแห่งความรู้สึกเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย ให้กับสมาชิกกลุ่มในระยะเริ่มต้นของกลุ่ม ย้ำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจจุดมุ่งหมายของการดำเนินการกลุ่ม แนวทางในการปฏิบัติในฐานะสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นออกมา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มว่าสมาชิกทุกคนต้องต่อสู้กับอุปสรรคเช่นกัน ซึ่งการเรียนรู้เช่นนี้จะเป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกันและเกิดความไว้วางใจกัน การที่ผู้นำแสดงท่าทีอบอุ่นเป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม โดยการใช้ความคิดของตนเองเป็นเครื่องตัดสินใจ จะเป็นการสร้างความไว้วางใจในตัวผู้นำกลุ่ม จะมีผลทำให้สมาชิกกลุ่ม กล้าและเต็มใจที่จะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเอง มีความมั่นใจในการให้ และการรับความช่วยเหลือจากสมาชิกในกลุ่ม ส่งผลให้สมาชิกคลายความวิตกกังวล

2) ระยะดำเนินการ (Working Phase) เป็นระยะที่สมาชิกเริ่มมีความคุ้นเคย และไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นระยะระดมพลังของสมาชิกกลุ่ม ในการช่วยกันแก้ไขปัญหา การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จำทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ ที่สมาชิกกลุ่มสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ นอกจากนี้ความมั่นใจในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถรับและให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกด้วยกันเอง การที่มีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และ

ผู้รับจะทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง และสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนช่วยเหลือสมาชิกอื่นให้เข้าใจและแก้ไขปัญหาบางอย่างได้

3) ระยะเวลาสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม (Final Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการดำเนินการกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้ประเมินความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนความสำเร็จของกลุ่ม โดยอาจใช้การประเมินจากความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม หรือประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มที่แสดงออกมา โดยมีผู้อื่นที่อยู่นอกกลุ่มเป็นผู้ประเมิน เป็นต้น ก่อนจะสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องแจ้งให้สมาชิกกลุ่มทราบล่วงหน้า ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มบางราย เกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

หลักการในการทำกลุ่ม คือกำหนดจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม คือ 8-12 คน ระยะเวลาในการทำกลุ่มควรทำครั้งละประมาณ 1- 1 ½ ชั่วโมง และความถี่ในการเข้ากลุ่มอาจจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง (Marram, 1978) เหตุผลในการทำกลุ่มในโปรแกรมครั้งนี้คือเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือสมาชิกเป็นกลุ่ม โดยสมาชิกที่มีความต้องการที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมาเข้าร่วมกลุ่มเพื่อพบปะ พูดคุยในปัญหาใดปัญหาหนึ่งมีการสร้างความไว้วางใจ ความเคารพยอมรับซึ่งกันและกัน ให้ความช่วยเหลือกันเรียนรู้ในการเผชิญปัญหาาร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมของผู้เข้าร่วมกลุ่มและสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1986) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) มาดำเนินกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 4 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การพูดชักจูง

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการใช้น้ำคำพูดที่สุภาพ นุ่มนวลให้เกียรติ ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ กิจกรรมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

2. ระยะเวลาดำเนินการ ผู้วิจัยเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนการรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกันในกลุ่มฟัง และร่วมกันอภิปราย ผู้วิจัยกล่าวชมเชยในสิ่งที่ผู้ดูแลอภิปราย และเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม

3. ระยะเวลาสิ้นสุดดำเนินการ ผู้วิจัยกล่าวสรุปการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์จากการเข้ากลุ่ม ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ประเมินความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงของตน ได้ระบายความรู้สึกตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวทักทายเปิดกลุ่มและพูดคุยกับสมาชิก กล่าวทบทวนสรุปความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในกิจกรรมที่ 1 และชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ 2 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

2. ระยะเวลาดำเนินการ ผู้วิจัยเชิญตัวแบบจริงที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ ผู้ป่วยในความดูแลไม่มีการป่วยซ้ำ ซึ่งเตรียมการไว้ล่วงหน้าพร้อมแล้ว ให้ตัวแบบจริงเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยให้กลุ่มฟัง หลังจากนั้นมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างตัวแบบจริงกับสมาชิกกลุ่ม และให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยในการดูแลผู้ป่วยให้ประสบความสำเร็จ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้และคิดค้อยตามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในเรื่องการค้ารงชีวิตประจำวัน การดูแลเรื่องการให้ยา และการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จากนั้นผู้วิจัยแจกแบบบันทึกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท(ใบงานที่3/1)กลับไปบันทึกที่บ้าน นัดหมายการร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

3. ระยะเวลาสิ้นสุดดำเนินการ ผู้วิจัยสรุปผลการดำเนิน และสรุปประโยชน์จากการเข้ากลุ่ม เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดถึงความรู้สึกหลังจากเข้ากลุ่มซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลกลับไปทำการบันทึกที่บ้าน และนำมาพูดคุยในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวทักทายเปิดกลุ่มและพูดคุยกับสมาชิก กล่าวทบทวนสรุปการเรียนรู้ผ่านตัวแบบในกิจกรรมที่ 2 และชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ 3 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

2. ระยะเวลาดำเนินการ ผู้วิจัยจัดให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ร่วมกันจากการทำแบบบันทึกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยได้แจกไว้ในกิจกรรมที่ 2 ให้สมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายปัญหาที่พบจากการทำกิจกรรมและช่วยกันเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จดประเด็นที่ได้จากการอภิปราย

3. ระยะเวลาสิ้นสุดดำเนินการผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปรายเพิ่มเติมกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ยังขาดและให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 3/1 และ 3/2และผู้วิจัยกล่าวชมเชยผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ดี ถูกต้อง และกล่าวแสดงความเชื่อมั่นผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัย สรุปกิจกรรมร่วมกับสมาชิก นัดหมายการร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์

1. ระยะเวลาสร้างสัมพันธ์ภาพ ผู้วิจัยกล่าวทักทายเปิดกลุ่มและพูดคุยกับสมาชิก กล่าวทบทวนสรุปการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองในกิจกรรมที่ 3 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ 4 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

2. ระยะเวลาดำเนินการ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนการรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และการแก้ปัญหาของตนเอง การเผชิญความเครียด และแจกใบงานที่ 4/1 การจัดการกับความเครียด และอภิปรายร่วมกัน โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้จัดประเด็นที่ได้จากการอภิปราย

3. ระยะเวลาสิ้นสุดดำเนินการ ผู้วิจัยสรุปประเด็นการอภิปราย และสาธิตวิธีการผ่อนคลายความเครียดและแจกใบความรู้ที่ 4/1 และ 4/2 โดยการให้ผู้ดูแลผู้ช่วยจิตแพทย์ได้ฝึกการหายใจ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม และพูดถึงสิ่งที่ได้รับในการทำกิจกรรม และสรุปกิจกรรมทั้งหมด และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศรีนทร มังคะมณี (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ขวัญใจ รุ่งเรือง (2549) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาทำงานนอกร้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ทำงานนอกร้าน กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาทำงานนอกร้านจำนวน 40 คน โดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura พบว่าพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาทำงานนอกร้านที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุภาวดี บุญชู (2551) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ทูลภา นุปผาสังข์ (2545) ศึกษาภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยศึกษาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลใน 5 ด้าน ผลการศึกษาพบว่า ภาระเชิงปรนัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้ารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการเข้ารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นถึงประเด็นสำคัญที่ผู้ดูแลควรให้การดูแล ผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันสาเหตุที่อาจทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดอาการกำเริบจนต้องกลับเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล

นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม พบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

Maria and Vazgaues (2010) ทำการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการลดความเครียด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 14 คนเป็นวิจัยแบบกึ่งทดลองเครื่องมือคือโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการจัดการกับความเครียดเพิ่มขึ้น มีอาการด้านลบและการแสดงทางอารมณ์อาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

Ventura, et al (2004) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและประสาทการรู้คิดต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 29 คนและบุคคลทั่วไปจำนวน 24 คน เปรียบเทียบการเผชิญปัญหาในชีวิต ผลการศึกษาพบว่าคนทั่วไปมีวิธีเผชิญปัญหามากมาย มีความคิดหาหลายวิธีเพื่อจัดการกับปัญหา มีการวางแผนและปฏิบัติตามแผน สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงและมีประสาทการรู้คิดดีจะสามารถเลือกวิธีเผชิญปัญหาได้เหมาะสม

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1977) ทั้ง 4 ปัจจัย คือ 1) การพูดชักจูง เพื่อสร้างความคุ้นเคย ชักจูงให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะประสบความสำเร็จได้ 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์ เป็นการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบหรือประสบการณ์บุคคลที่มีลักษณะคล้ายกับตน กระทำพฤติกรรมแล้วประสบความสำเร็จทำให้เกิดการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น และเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรม 3) การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง Bandura เชื่อว่าในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับจากการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองซึ่งการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองหลายๆครั้ง จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มสูงขึ้นและ 4) สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ ร่างกายแข็งแรงสุขภาพดี จะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และทางตรงข้ามหากร่างกายเจ็บป่วยเหนื่อยล้า จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง ส่วนสภาวะทางอารมณ์

พบว่าอารมณ์ทางบวกเช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสุขจะส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 ปัจจัย ตามแนวคิดของ Bandura (1977) มาจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยจัดกิจกรรม 4 ด้าน 1) การพูดคุยเชิง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 4) สภาวะทางร่างกายและอารมณ์

ทั้งนี้ในการดำเนินการแต่ละกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่ม ของ Marram (1978) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการพัฒนา กลุ่ม 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการสร้างสัมพันธภาพ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการกลุ่ม ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดกลุ่ม ในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้ง มีการให้ข้อมูลและความรู้ สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และอภิปรายให้ข้อคิดเห็นร่วมกัน ทำให้สมาชิกได้ระบายนปัญหาและความรู้สึกต่อกัน ได้รับความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจความรู้สึกให้กำลังใจซึ่งกัน รู้จักการแก้ปัญหาาร่วมกัน กลุ่มสามารถดำเนินด้วยความร่วมมือร่วมใจ ทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยและมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม และยังมีเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือ ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) จะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังกรอบแนวคิด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 1 การพูดชักจูง

- 1.1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ ใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวลให้เกิดริตซีแจงวัตถุประสงค์
- 1.2 ระยะเวลาดำเนินการแลกเปลี่ยนการรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 1.3 ระยะเวลาสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม สรุปการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์จากการเข้ากลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ

- 1.1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ เปิดกลุ่มและทบทวนสรุปความรู้ในกิจกรรมที่ 1
- 1.2 ระยะเวลาดำเนินการ ให้เห็นตัวแบบจริงให้เกิดการเรียนรู้คล้อยตาม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องการดำรงชีวิตประจำวันและการดูแลเรื่องการให้ยาและการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ
- 1.3 ระยะเวลาสิ้นสุดการดำเนินกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดถึงความรู้สึกหลังจากเข้ากลุ่ม

กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง

- 1.1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ เปิดกลุ่มและทบทวนสรุปความรู้ในกิจกรรมที่ 2
- 1.2 ระยะเวลาดำเนินการ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ร่วมกัน ในการดูแลผู้ป่วยและวิธีการเผชิญปัญหา
- 1.3 ระยะเวลาสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม สรุปประเด็นการอภิปราย

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์

- 1.1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ กล่าวทบทวนสรุปความรู้ในกิจกรรมที่ 3
- 1.2 ระยะเวลาดำเนินการ แลกเปลี่ยนการรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และการแก้ปัญหาของตนเองในการเผชิญความเครียด
- 1.3 ระยะเวลาสิ้นสุดการดำเนินกลุ่มสรุปประเด็นการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม และพูดถึงสิ่งที่ได้รับในการทำกิจกรรม อภิปราย

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

- 1.ความเข้มแข็งในตนเองและ
ความสามารถในการตัดสินใจ
เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย
2. ความรู้และประสบการณ์
เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท
- 3.ความเข้มแข็งด้านสุขภาพของ
ผู้ดูแล
- 4.ความเอาใจใส่ในสุขภาพของ
ผู้ป่วยจิตเภท

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest – posttest control group design) (Polit and Hunger, 1999 : 187) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O1	x	O2	กลุ่มทดลอง
O3		O4	กลุ่มควบคุม

O1 คือ ความสามารถในการดูแลก่อนให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

O2 คือ ความสามารถในการดูแลหลังให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

X คือ การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

O3 คือ ความสามารถในการดูแลก่อนให้การพยาบาลตามปกติ

O4 คือ ความสามารถในการดูแลหลังให้การพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภท มารับการรักษา คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภท มารับการรักษา คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนา ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 40 คน โดยสำรวจรายชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดย มีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ บิดา มารดา บุตร สามี หรือภรรยาคนใดคนหนึ่งที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10

3. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เคยได้รับการพยาบาลตาม โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาก่อน
4. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยโต้ตอบและอ่านออกเขียนได้
5. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลอง คืออย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Burn and Grove , 1993 : 247) ดังนั้นจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีและมีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามคุณสมบัติที่กำหนดข้างต้น โดยคัดเลือกผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเสนา รวมทั้งติดต่อทางโทรศัพท์กับผู้ดูแลโดยตรง จากสมุดทะเบียนผู้ป่วย
2. เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ และทำการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (pre-test) ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยและนัดเข้าร่วม กิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
3. จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้จึงจับคู่ตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา เนื่องจากตัวแปรทั้ง 3 มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย(Orem, 1995) โดยปฏิบัติดังนี้ คัดเลือกผู้ดูแลตามหลักเกณฑ์ข้างต้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตาม เพศ อายุและระดับการศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คู่ที่	เพศ		อายุ		ระดับการศึกษา	
	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม
1	หญิง	หญิง	51	55	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
2	หญิง	หญิง	31	32	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
3	หญิง	หญิง	60	60	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
4	หญิง	ชาย	54	54	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
5	หญิง	หญิง	60	60	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
6	หญิง	หญิง	36	46	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
7	ชาย	ชาย	45	47	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
8	หญิง	หญิง	53	59	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
9	หญิง	หญิง	56	56	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
10	หญิง	หญิง	60	60	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
11	หญิง	ชาย	59	60	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
12	หญิง	หญิง	37	38	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
13	หญิง	หญิง	45	51	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
14	หญิง	หญิง	42	41	อนุปริญญา	อนุปริญญา
15	หญิง	ชาย	46	49	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
16	หญิง	หญิง	60	55	ไม่ได้เรียน	ไม่ได้เรียน
17	ชาย	หญิง	46	49	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
18	ชาย	ชาย	59	60	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
19	หญิง	ชาย	60	60	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
20	หญิง	หญิง	53	60	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการ โดยยื่นโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้คณะกรรมการคุณธรรมและจริยธรรมโรงพยาบาลเสนาพิจารณา และทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา เมื่อผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการแต่อย่างใด ระหว่างดำเนินการทดลอง หากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกเลิกได้โดยที่ไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ รวมทั้งผู้วิจัยจะทำการชี้แจงข้อมูลว่าข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ แต่จะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวม เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชนิดคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ
 - ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เครื่องมือกำกับการทดลองคือ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา โดยใช้แนวคิดของ Bandura (1997) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยจัดกิจกรรม 4 ด้าน คือ กิจกรรมที่ 1 การพูดคุยเชิง กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) โดยเนื้อหาในกิจกรรม นำมาจากเทคโนโลยีการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภท (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541) และ เทคโนโลยีการให้ความรู้และทักษะแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 2547) พัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาตำรา งานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท นำมาสร้างโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997)
2. สร้างโครงสร้างโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน โดยนำแนวคิดจากการศึกษา ค้นคว้าทบทวนงานวิจัย ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษากำหนดโครงสร้างโปรแกรมโดยใช้แนวคิดของ Bandura (1977) และแนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) โดยเนื้อหาประกอบด้วย การรับรู้อาการรุนแรงทางจิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยกำหนดขั้นตอนของกิจกรรมตามลำดับ รวมทั้งรูปแบบในการดำเนินกิจกรรม โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 4 กิจกรรม ดังนี้
 - กิจกรรมที่ 1 การพูดชักจูง
 - กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ
 - กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง
 - กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์
3. นำเนื้อหาที่ได้มาจัดทำ โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน และคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล
4. นำโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน และคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม โดยโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย โครงสร้างกลุ่ม และการดำเนินการกลุ่ม ผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ตลอดการดำเนินการทั้ง 4 ครั้ง มีผู้ช่วยกลุ่มเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน โดยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลจิตเวชมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 5 ปี ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยกลุ่ม และช่วยบันทึกพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปวิเคราะห์ผลการส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดกลุ่ม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60 นาที

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษานำโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจแก้เนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1

ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) โดยผู้ศึกษานำรายละเอียดของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทุกขั้นตอนให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ลำดับเนื้อหา และเวลาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบมาปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้

1. ปรับแก้ลำดับเนื้อหา ในกิจกรรมที่ 1 โดยให้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม รูปแบบการดำเนินกิจกรรมไว้ในช่วงแรกหลังจากสร้างสัมพันธภาพแล้ว

2. มีการปรับรูปแบบการดำเนินกิจกรรมบางช่วง โดยใช้วิธีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแทนที่การใช้ใบงาน

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 6 คน โดยทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ทั้งด้านความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่จะนำไปใช้ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ หลังจากทดลองใช้กิจกรรมทั้ง 4 ครั้ง พบว่าสมาชิกกลุ่มสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอควร แต่ผู้นำกลุ่มต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพิ่มเติม พบว่าระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง ประมาณ 60 นาที

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ

สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่สร้างขึ้นโดยพัฒนามาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) โดยแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมี 4 ด้านประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ดังนี้

1. ด้านความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,2,3,4,5 โดยประกอบด้วยข้อความทางบวกจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,2,3,4 และข้อความทางลบ จำนวน 1 ข้อคือ ข้อ 5

2. ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวกทั้งหมด ได้แก่ข้อ 6,7,8,9,10,11,12,13,14,

3. ความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้ดูแล จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางลบทั้งหมด ได้แก่ข้อ 15,16

4. ความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวกทั้งหมด ได้แก่ข้อ 17,18,19,20

สำหรับแบบวัดความสามารถมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งคำตอบเป็น 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อว่าตนเองมีประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และความสามารถมากน้อยเพียงใด การประเมินความสามารถจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย คำถามแต่ละข้อจะอธิบายได้ตรงกับความสามารถของผู้ดูแลมากน้อยเพียงใด ประเมินโดยให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

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

การประเมินทำโดยให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1- 5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมด แล้วหาค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนน ประเมินโดยใช้เกณฑ์ของประคอง วรรณสูตร (2542 : 108) และ Best (1970) อังโนนพรัตน์ ไชยธานี (2544) โดยกำหนดค่าความหมายของคะแนนดังนี้

คะแนน 4.50 – 5.00 คะแนน	แสดงว่า มีความสามารถในการดูแลมากที่สุด
คะแนน 3.50 – 4.49 คะแนน	แสดงว่า มีความสามารถในการดูแลมาก
คะแนน 2.50 – 3.49 คะแนน	แสดงว่า มีความสามารถในการดูแลปานกลาง
คะแนน 1.50 – 2.49 คะแนน	แสดงว่า มีความสามารถในการดูแลน้อย
คะแนน 1.00 – 1.49 คะแนน	แสดงว่า มีความสามารถในการดูแลน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่นพรัตน์ ไชยธานี สร้างขึ้นได้หาความตรงของเครื่องมือ โดยนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนนเห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้แต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Hambleton, et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2544)

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

คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .98 ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

ข้อ 1 ท่านสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเปลี่ยนแปลง

ปรับเป็น ท่านสามารถรับรู้ถึงความคิดที่ผิดปกติของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเปลี่ยนแปลง

ข้อ 6 ท่านรับรู้ถึงความเข้มแข็งด้านจิตใจหรือกำลังใจของผู้ป่วย

ปรับเป็น ท่านรับรู้ถึงความเครียดและการคลายเครียดของผู้ป่วย

ข้อ 7 ท่านมีประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบหรือก่อปัญหา

ปรับเป็น ท่านมีประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบหรือเกิดปัญหา

ข้อ 19 ท่านดูแลหรือจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

ปรับเป็น ท่านดูแลและจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

2. การหาค่าความเที่ยง การวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหา ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

2.3 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของศรีนคร มังคะมณี (2547) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 20 ข้อ มี 5 ระดับ ดังนี้

1 คะแนน	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด
2 คะแนน	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจน้อย
3 คะแนน	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจปานกลาง
4 คะแนน	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจมาก
5 คะแนน	หมายถึง	ท่านรู้สึกมั่นใจมากที่สุด

เกณฑ์คะแนนรายข้อและโดยรวมคิดได้จากคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแต่ละข้อรวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามของแบบสอบถามได้ค่าคะแนน ดังนี้

คะแนน 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

คะแนน 2.50-3.49 คะแนน หมายถึง มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 3.50-4.49 คะแนน หมายถึง มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

คะแนน 4.50-5.00 คะแนน หมายถึง มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การกำกับการทดลอง กลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนน 3.50 ขึ้นไป ของคะแนนรวมจึงจะถือว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซ้ำในข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 1 โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา และคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Hambleton , et al., 197 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2544)

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

คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .99 ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

ข้อ 7 ฉันพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาใหม่ๆ ที่จะเกิดจากอาการของผู้ป่วย
ปรับเป็น ฉันพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาใหม่ๆ ที่อาจเกิดจากอาการของผู้ป่วย

ข้อ 12 ฉันสามารถหาวิธีทำให้ตัวฉันรู้สึกดีขึ้นได้หลายวิธีเมื่อฉันมีความรู้สึกไม่
สบายใจปรับเป็น ฉันสามารถหาวิธีทำให้ตัวฉันรู้สึกดีขึ้นได้เมื่อฉันมีความรู้สึกไม่สบายใจ

2. การหาค่าความเที่ยง การวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหา ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

2.3 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การดำเนินการทดลอง แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

1.ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ที่กล่าวมาในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.2 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษากระบวนการ และวิธีการดำเนินการ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ

1.3 จัดทำแผนดำเนินการวิจัย โดยประสานกับโรงพยาบาลเสนาเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลในคลินิกจิตเวช โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลา ในการดำเนินโครงการ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ วัน เวลา ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการวิจัย

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เพื่อเป็นผู้ช่วยกลุ่มในการเก็บรวบรวมข้อมูล และจัดบันทึกขณะดำเนินการกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 5 ปี โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน วิธีการสัมภาษณ์ และการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้เข้าใจถึงบทบาทของตนได้ชัดเจน

1.5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลเสนา เพื่อค้นหาผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แล้วผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หากผู้ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ผู้ดูแลเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว ทำการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Pre- Test) ในกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และนัดหมายวัน-เวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม

1.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในครั้งนี้ ไม่มี

ผลกระทบต่อการรักษาหรือการมารับบริการแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างจะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ที่ผู้ต้องการ

2.ระยะดำเนินการทดลอง

ในระยะดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1-3 ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลประกอบด้วย การรับยา และการให้คำแนะนำในการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การพาผู้ป่วยจิตเภทมาตรวจตามแพทย์นัด

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ณ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนา ทั้ง 4 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 2 ในสัปดาห์แรก กิจกรรมที่ 3 ใน สัปดาห์ที่ 2 และกิจกรรมที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม 60 นาที โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน มีกิจกรรมการดำเนินการดังนี้

กิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

วัน/เวลา	กิจกรรม	
สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 18 มีนาคม 2554		
09.00 – 10.00 น.	กิจกรรมที่ 1 การพูดคุยเชิง	} กลุ่มที่ 1
10.00 – 11.00 น.	กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ	
13.00 – 14.00 น.	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการพูดคุยเชิง	} กลุ่มที่ 2
14.00 – 15.00 น.	กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ	
สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 25 มีนาคม 2554		
09.00 – 10.00 น.	กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง	(กลุ่มที่ 1)
11.00 – 12.00 น.	กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง	(กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 3 วันที่ 1 เมษายน 2554		
09.00 – 10.00 น.	กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์	(กลุ่มที่ 1)
11.00 – 12.00 น.	กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์	(กลุ่มที่ 2)

มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การพูดชักจูง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง ความคุ้นเคย
2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม นั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน
2. ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม โดยการทักทายสมาชิก กล่าวแนะนำตนเอง กลุ่ม สร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลายโดยพูดเรื่องต่างๆ ไปก่อน
3. ให้สมาชิกแนะนำตัวเอง พร้อมทั้งแจกใบแนะนำโครงการ
4. ผู้นำกลุ่มเกริ่นนำถึงความสำคัญของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
5. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วม โปรแกรมรูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เวลา และสถานที่นัดหมาย

ระยะดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มเปิด โอกาสและกระตุ้นให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนการรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกันในกลุ่มฟัง และร่วมกันอภิปรายโดยผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปราย ผู้นำกลุ่มกล่าวชมเชยและสรุปในสิ่งที่ผู้ดูแลอภิปราย และเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม
2. ผู้นำกลุ่มแจก ใบงานที่ 1/1 ให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มประเมินความรู้โรคจิตเภทและอภิปรายร่วมกัน โดยผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปราย และผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นการอภิปราย
3. ผู้นำกลุ่มแจกใบความรู้เรื่องที่ 1/2 พร้อมบรรยายให้สมาชิกฟังเรื่องโรคจิตเภท โรคจิตเภทเกิดขึ้นได้อย่างไร การดำเนินโรค อาการ การรักษา
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มให้กำลังใจและชี้แนะการดูแลที่เหมาะสมเพิ่มเติม ผู้นำกลุ่มสรุปกิจกรรมร่วมกับสมาชิก และนัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

ระยะสิ้นสุดกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นการสนทนาและกล่าวชมเชยและสนับสนุนให้กำลังใจสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยให้ประสบความสำเร็จ และนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกได้รู้จักและเกิดความคุ้นเคยกัน
2. สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน
3. สมาชิกมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ประสบความสำเร็จได้
2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้จากการสังเกตตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

กิจกรรม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกและเปิดโอกาสให้สมาชิกทักทายกัน โดยพูดเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยมากขึ้น
2. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมที่ 1 ถึงความสำคัญการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

ระยะดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. แจ้งให้สมาชิกในกลุ่มทราบถึงการสังเกตตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ให้สมาชิกตั้งคำถามที่อยากทราบหรือข้อสงสัยในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. แนะนำให้สมาชิกกับตัวแบบได้รู้จักกันและให้ตัวแบบเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ประสบความสำเร็จในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวันการดูแลเรื่องการให้ยา และการจัดการพฤติกรรมเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ
4. ให้สมาชิกในกลุ่มถามคำถามที่เตรียมไว้จากตัวแบบพร้อมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบ

5. ให้สมาชิกในกลุ่มอภิปรายร่วมกันถึงลักษณะของตัวแบบที่ได้สังเกตตามโดยผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเป็นผู้จุดประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและผู้นำกลุ่มเป็นผู้สรุปประเด็นการอภิปราย และให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและสรุปกิจกรรมร่วมกับสมาชิก แจกแบบบันทึกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท(ใบงานที่3/1)กลับไปบันทึกที่บ้าน นัดหมายการร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

ระยะสิ้นสุดกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มสรุปและให้สมาชิกสรุปความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้จากการสังเกตตัวแบบนำไปดูแลผู้ป่วย

2. แจกใบงานที่ 3/1 ให้สมาชิกกลับไปสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยพร้อมทั้งบันทึกในใบงาน และนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. จากการสังเกต สีหน้าท่าทาง ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

2. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ประสบความสำเร็จได้

กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท

2. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกประสบความสำเร็จในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป

2. ผู้นำกลุ่มทบทวนสรุปกลุ่มครั้งก่อนแล้ว สอบถามเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมาและประเด็นที่จะคุยกันในวันนี้

ระยะดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มจัดให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ร่วมกันจากการทำแบบบันทึกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้นำกลุ่มได้แจกไว้ในกิจกรรมที่ 2 ให้สมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายปัญหาที่พบจากการทำกิจกรรมและช่วยกันเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเป็นผู้จุดประเด็นที่ได้จากการอภิปราย

2. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นการอภิปรายเพิ่มเติมกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ยังขาดและให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย ผู้นำกลุ่มแจกใบความรู้ที่ 3/1 และ 3/2 และผู้นำกลุ่มกล่าวชมเชยผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ดี ถูกต้อง และกล่าวแสดงความเชื่อมั่นผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

3. ผู้นำกลุ่ม สรุปการทำกิจกรรมและปัญหาในการทำกิจกรรมกับผู้ป่วย
ระยะสิ้นสุดกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและสรุปสิ่งที่ได้จากการร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งการนำไปประยุกต์ใช้

2. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นการสนทนาและให้สมาชิกพูดถึงสิ่งที่ได้รับการเข้ากลุ่ม และนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงวิธีการดูแลพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยโรคจิตเภท ให้ประสบความสำเร็จได้

2. ผู้ดูแลสามารถบอกถึงความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาและความเครียดได้

2. เพื่อให้ผู้ดูแลนำวิธีการผ่อนคลายความเครียด ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

กิจกรรม

ระยะสร้างสัมพันธภาพ

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายเปิดกลุ่มและพูดคุยกับสมาชิก

2. ผู้นำกลุ่มกล่าวทบทวนสรุปการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองในกิจกรรมที่ 3 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ 4 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

ระยะดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนการรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และการแก้ปัญหาของตนเอง การเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย ผู้นำกลุ่มกล่าวต่อเพื่อเชื่อมโยงปัญหาเข้าสู่การการเผชิญความเครียด ว่าเป็นปัญหาหลักที่พบมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ผู้นำกลุ่มแจกใบงานที่ 4/1 การจัดการกับความเครียด และอภิปรายร่วมกัน โดยผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเป็นผู้จัดประเด็นที่ได้จากการอภิปราย

3. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นการอภิปราย และสาธิตวิธีการผ่อนคลายความเครียดและแจกใบความรู้ที่ 4/1 และ 4/2 โดยการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ฝึกการหายใจ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม และพูดถึงสิ่งที่ได้รับในการทำกิจกรรม

4. ผู้นำกลุ่ม กล่าวสรุปกิจกรรมทั้งหมดร่วมกับสมาชิก และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ และนัดหมายการประเมินผลกิจกรรม ในสัปดาห์ต่อไป

ระยะสิ้นสุดกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มเปิด โอกาสให้สมาชิกซักถามและสรุปสิ่งที่ได้จากการร่วมกิจกรรม

2. ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นการสนทนาและให้สมาชิกพูดถึงสิ่งที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม และนัดหมายการประเมินผล

การประเมินผล

1. ประเมินผลจากการสังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้ดูแล การมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะแก้ไขปัญหา การผ่อนคลายความเครียด

2. ผู้ดูแลสามารถนำวิธีการผ่อนคลายความเครียดและกิจกรรม ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

สรุปการดำเนินงานกลุ่ม

กิจกรรมที่ 1

เริ่มกลุ่ม สมาชิกนั่งเป็นวงกลม มีสมาชิก 2-3 คน ท่าทางเฉย ๆ ผู้นำกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่ม ระเบียบการเข้ากลุ่ม ระยะเวลา ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม แล้วให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเอง ชื่อ สกุล และประวัติตนเองสั้น ๆ ที่จะทำให้สมาชิกทราบและจำตนเองได้

ช่วงแรก สมาชิกไม่ค่อยกล้าพูด ผู้นำกลุ่มต้องคอยกระตุ้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุย ทำความรู้จักกัน สมาชิกแสดงความคิดเห็น บอกว่าตนไม่ค่อยมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่าถูกต้องหรือเปล่า ดูแลเท่าที่ทำได้ บางครั้งก็ไม่ได้ดูแลเท่าไร ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ผู้วิจัยเพิ่มเติมความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกสนใจฟังดี ผู้วิจัยกล่าวชมเชยในสิ่งที่สมาชิกทำคืออยู่แล้ว เช่น ดูแลเรื่องการกินยา ต้องเป็นคนคอยดูแลให้กินยาตลอด ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมกินก็จะหลอกล่อว่าเดี๋ยวจะพาไปเที่ยวนะ ผู้วิจัยกล่าวชมเชยในสิ่งที่สมาชิกทำ และกล่าวว่า ผู้วิจัยมั่นใจว่าสมาชิกทุกคนมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ สมาชิกมีสีหน้ายิ้มแย้ม บางคนพยักหน้าตอบรับ สมาชิกท่านหนึ่งถามว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีโอกาสหายขาดไหม ผู้วิจัยตอบว่ารักษาไม่หายขาด แต่ถ้าทานยาตามแพทย์สั่งไม่ขาดยา ดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ อาการของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น ก่อนสิ้นสุดกลุ่มผู้วิจัยให้สมาชิกพูดถึงสิ่งที่ได้จากการเข้ากลุ่ม สมาชิกบอกว่าได้ความรู้เพิ่ม มีประโยชน์ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่าเดิม

กิจกรรมที่ 2

สมาชิกมีความเป็นกันเองมากขึ้น ทำทางยิ้มแย้ม แจ่มใส มีการพูดคุยเรื่องส่วนตัวทั่วไปกัน ช่วงแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้นำกลุ่มกล่าวแนะนำตัวแบบแก่สมาชิกกลุ่ม สมาชิกทุกคนสนใจตัวแบบจริงเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย สมาชิกท่านหนึ่งสอบถามตัวแบบจริงว่า เวลาผู้ป่วยขาดยาแล้วอาละวาด ค่ำทอ ทำไมตัวแบบจริง จึงไม่โกรธผู้ป่วย ตัวแบบจริงตอบว่ารู้ว่าเวลาผู้ป่วยขาดยาจะมีอาการอย่างนี้ เขาไม่ได้ตั้งใจจึงไม่โกรธผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมกินยาตัวแบบจริงทำอย่างไร ตัวแบบจริงตอบว่าต้องพูดคุยกับผู้ป่วยดีๆ บอกถึงข้อดีและข้อเสียของการไม่กินยา บางทีก็ใส่ในขนมให้ผู้ป่วยกิน แต่ถ้าผู้ป่วยยังไม่กินยาอีก จะต้องพาผู้ป่วยไปหาหมอที่โรงพยาบาล ก่อนสิ้นสุดกลุ่มผู้วิจัยให้สมาชิกพูดถึงสิ่งที่ได้จากการเข้ากลุ่ม ว่ารู้วิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 3

สมาชิกทุกคนกล่าวทักทายกัน สมาชิกทุกคนนำแบบบันทึกกิจกรรมที่กระทำกับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมาส่งผู้วิจัย สมาชิกเล่า แลกเปลี่ยนผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เรียนรู้จากการเข้ากลุ่ม สมาชิกบอกว่ามั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้นำกลุ่มเปิดประเด็นในเรื่องโรคจิตเภท ด้านพฤติกรรมและอาการรุนแรงที่เป็นปัญหา พร้อมหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

สมาชิกเสนออาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น

“สามีฉันนอนทั้งวัน ไม่ค่อยได้ช่วยงานบ้าน ต้องคอยบอกให้ไปอาบน้ำ เรียกกินข้าว บางครั้งเราก็โมโห แค่เหนื่อยงานก็พอดูอยู่แล้ว”

“คนใช้ที่นอนทั้งวัน ต้องกระตุ้นให้เขาช่วยทำงานบ้าง เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน”

ระหว่างการเข้ากลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และการจัดการอาการที่เป็นปัญหา หากช่วงไหนที่สมาชิกต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ผู้นำกลุ่มก็จะให้ข้อมูล สมาชิกหลาย ๆ ท่านสนใจซักถาม เช่น ตัวอย่างคำถาม

“การรักษาผู้ป่วยด้วยไฟฟ้ามีอันตรายไหม”

“ผู้ป่วยกินยานานเท่าไร จึงจะหยุดยาได้”

“ยาที่กินอยู่ทุกวัน จะทำให้ผู้ป่วยตื้อยาไหม”

ก่อนสิ้นสุดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นสำคัญเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมทั้งให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลไปอ่านที่บ้าน และให้ผู้ดูแลกลับไปสังเกตอาการผู้ป่วย หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึกไว้ และนำมาพูดคุยกันในครั้งต่อไป สมาชิกมีความเป็นกันเองมากขึ้น มีสีหน้าทำทางสดชื่นขึ้น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มีการพูดคุย แสดงความเข้าใจ และเห็นใจกับสมาชิกที่พบปัญหาารุนแรงในการดูแลผู้ป่วย ที่ผ่านมามีสมาชิกหลายท่านมี

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตมากขึ้น สามารถตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม และมีแนวทางในการดูแลและกลับไปสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยที่บ้านได้

กิจกรรมที่ 4

มีสมาชิกบางส่วนมาถึงก่อน สมาชิกทักทายกันเรื่องทั่ว ๆ ไป หลังจากนั้นผู้นำกลุ่ม สรุปการเข้ากลุ่มในครั้งที่แล้ว สมาชิกให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การแก้ปัญหาของตนเองรวมทั้งการเผชิญปัญหาและความเครียดได้ สมาชิกท่านหนึ่งเล่าประสบการณ์ของตนว่า เวลาที่ตนนอนดึกจะไม่สบายทำงานไม่ได้ รู้สึกว่าตัวเองเครียดมาก จะไม่สนใจผู้ป่วย การแก้ปัญหา คือ ส่วนมากจะอยู่คนเดียว ขณะเล่าสมาชิกมีสีหน้าเคร่งเครียด ในกลุ่มเสนอวิธีคลายเครียด โดยผู้ดูแลต้องดูแลสุขภาพตัวเอง ไม่นอนดึก เวลาเครียดมากต้องหาอะไรทำ เช่น ปลูกต้นไม้ ฟังเพลง และผู้นำกลุ่มเพิ่มเติมเรื่องการดูแลสุขภาพ และสาธิตวิธีการผ่อนคลายความเครียด สมาชิกสนใจตั้งใจฟังผู้นำกลุ่ม และสมาชิกสามารถฝึกการหายใจได้ทุกคน สมาชิกบอกว่าการฝึกการหายใจทำแล้วสบาย ปลอดภัย และจะนำไปทุกวันที่บ้าน

การกำกับการวิจัย

หลังเสร็จกิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยมีการกำกับการวิจัยทันทีโดยผู้ช่วยวิจัยได้นำ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไปให้กลุ่มตัวอย่างทำ เพื่อเป็นการตรวจสอบความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 20 ข้อ และรายงานผลกำกับการวิจัย ดังนี้ ผู้ดูแลมีคะแนนแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อยู่ระหว่าง 94-98 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้ง 20 คน ดังนั้น ถือว่าผู้ดูแลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังตารางที่ 2

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (n = 20)

ลำดับที่	คะแนนแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
1	94	ระดับสูง
2	95	ระดับสูง
3	96	ระดับสูง
4	97	ระดับสูง
5	95	ระดับสูง
6	94	ระดับสูง
7	95	ระดับสูง
8	98	ระดับสูง
9	98	ระดับสูง
10	94	ระดับสูง
11	97	ระดับสูง
12	95	ระดับสูง
13	95	ระดับสูง
14	96	ระดับสูง
15	98	ระดับสูง
16	97	ระดับสูง
17	94	ระดับสูง
18	95	ระดับสูง
19	94	ระดับสูง
20	95	ระดับสูง
$\bar{X} = 95.60$		

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อยู่ในระดับสูง คือคะแนนอยู่ระหว่าง 94 – 98 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกคน

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มตัวอย่าง (Post – test) หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 1 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุดเดิม ในวันที่ 8 เมษายน 2554

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มาคำนวณ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่

ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท นำมาวิเคราะห์โดย

2.1 กำหนดค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ paired-t test

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test

2.4 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

- | | |
|-----------|--|
| ส่วนที่ 1 | ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง |
| ส่วนที่ 2 | ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง |
| ส่วนที่ 3 | ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม |

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 แสดง จำนวน และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 20)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	3	15	6	30	9	22.50
หญิง	17	85	14	70	31	77.50
อายุ						
31-40 ปี	3	15	2	10	5	12.50
41-50 ปี	5	25	5	25	10	25
51-60 ปี	12	60	13	65	25	62.50
สถานภาพสมรส						
โสด	8	40	14	70	22	55
คู่	11	55	3	15	14	35
หม้าย/หย่า/แยก	1	5	3	15	4	10
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	1	5	1	5	2	5
ประถมศึกษา	16	80	16	80	32	80
มัธยมศึกษา	1	5	1	5	2	5
อนุปริญญา	1	5	1	5	2	5
ปริญญาตรี	1	5	1	5	2	5

ตารางที่ 3 แสดง จำนวน และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 20) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
งานบ้าน	2	10	2	10	4	10
รับราชการ	1	5	1	5	2	5
เกษตรกร	7	35	10	50	17	42.50
รับจ้าง	3	15	3	15	6	15
ค้าขาย	3	15	2	10	5	12.50
อื่นๆ	4	20	2	10	6	15
ความเพียงพอของรายได้						
รายได้เพียงพอและเหลือเก็บ	4	20	3	15	7	17.50
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	7	35	10	50	17	42.50
รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	8	40	6	30	14	35
ไม่มีรายได้	1	5	1	5	2	5
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
บิดาหรือมารดา	14	70	14	70	28	70
สามีหรือภรรยา	3	15	2	10	5	12.50
พี่หรือน้อง	2	10	3	15	5	12.50
บุตร	1	5	1	5	2	5
ระยะเวลาในการดูแล						
1-5 ปี	1	5	2	10	3	7.50
6-10 ปี	10	50	8	40	18	45
11-20 ปี	5	25	6	30	11	27.50
20-30 ปี	4	20	4	20	8	20

จากตารางที่ 3 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าในกลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 15 เพศหญิงร้อยละ 85 ส่วนในกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 30 เพศหญิงร้อยละ 70 โดยร้อยละ 60 ของกลุ่มทดลองอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 25 กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 65 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 25 สถานภาพสมรสในกลุ่มทดลองร้อยละ 55 รองลงมาสถานภาพสมรสโสดร้อยละ 40 ส่วนในกลุ่มควบคุมสถานภาพสมรสโสดร้อยละ 70 รองลงมาสถานภาพสมรสคู่ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 15

กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับเท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 รองลงมาคือระดับ ปริญญาตรี อนุปริญญา มัธยมศึกษาและไม่ได้เรียนเท่ากันคือ ร้อยละ 5 โดยร้อยละ 35 ของกลุ่มทดลองมีอาชีพ เกษตรกร รองลงมาคืออาชีพ อื่นๆ ร้อยละ 25 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 15 ในกลุ่มทดลองมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายร้อยละ 40 รองลงมาคือมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 35 ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายร้อยละ 50 รองลงมาคือมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายร้อยละ 30

กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทเป็นบิดาหรือมารดาคิดเป็นร้อยละ 70 เท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 50 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 40 ในกลุ่มควบคุม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในด้านความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ด้านความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้ดูแล ด้านความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องยา อาหาร การพักผ่อน การลดสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย สังคม ของกลุ่มทดลอง (n=20)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
1.ความเข้มแข็งในตนเองและ ความสามารถในการตัดสินใจ เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	9.50	1.85	24.60	4.98	19	-14.36	.00
2.ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับ สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท	15.80	3.57	41.65	7.80	19	-12.31	.00
3.ความเข้มแข็งด้านสุขภาพของ ผู้ดูแล	3.35	1.13	9.85	2.47	19	-11.07	.00
4.ความเอาใจใส่ในสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องยา อาหาร การพักผ่อน การลดสิ่งกระตุ้น การ ออกกำลังกาย สังคม	7.65	1.78	19.25	0.85	19	-28.28	.00
คะแนนรวม	36.30	5.34	95.50	2.58	19	-48.28	.00

จากตารางที่ 4 พิจารณาโดยรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการทดลอง เท่ากับ 36.30 และหลังการทดลอง เท่ากับ 95.50 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับพบว่าการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง

และพิจารณารายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ก่อนการทดลองเท่ากับ 9.50 และหลังการทดลองเท่ากับ 24.60 ด้านความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองเท่ากับ 15.80 และหลังการทดลองเท่ากับ 41.65 ด้านความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้ดูแลก่อนการทดลองเท่ากับ 3.35 และหลังการทดลองเท่ากับ 9.85 ด้านความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องยา อาหาร การพักผ่อน การลดสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย สังคมก่อนการทดลองเท่ากับ 7.65 และหลังการทดลองเท่ากับ 19.25 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับพบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 4 ด้าน แตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ด้านหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (n=40)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
1.ความเข้มแข็งในตนเองและ ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับ สุขภาพของผู้ป่วย	9.50	1.85	9.95	1.98	38	.74	0.46
2.ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับ สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท	15.80	3.57	15.35	3.67	38	.39	0.69
3.ความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้ดูแล	3.35	1.13	3.95	1.31	38	.54	0.13
4.ความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วย โรคจิตเภทในเรื่องยา อาหาร การ พักผ่อน การลดสิ่งกระตุ้น การออก กำลังกาย สังคม	7.65	1.78	6.90	1.97	38	.26	0.21
คะแนนรวม	36.30	5.34	36.15	5.48	38	.08	0.93

จากตารางที่ 5 พิจารณาโดยรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการทดลอง เท่ากับ 36.30 คะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง เท่ากับ 36.15 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่าก่อนการทดลองความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่แตกต่างกัน

และพิจารณารายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 9.50 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 9.95 ด้านความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองเท่ากับ 15.80 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 15.35

ด้านความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.35 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.95 ด้านความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องยา อาหาร การพักผ่อน การลดสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย สังคม ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 7.65 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.90 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ด้านความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้ดูแล ด้านความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องยา อาหาร การพักผ่อน การลดสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย สังคม ไม่แตกต่างกัน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n=40)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
1.ความเข้มแข็งในตนเองและ ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับ สุขภาพของผู้ป่วย	24.60	4.98	9.50	1.76	38	12.76	.00
2.ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับ สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท	41.65	7.80	16.35	3.66	38	13.12	.00
3.ความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้ดูแล	9.85	2.47	3.25	1.16	38	10.78	.00
4.ความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วย โรคจิตเภทในเรื่องยา อาหาร การ พักผ่อน การลดสิ่งกระตุ้น การออก กำลังกาย สังคม	19.25	0.85	7.75	1.68	38	27.28	.00
คะแนนรวม	95.50	21.58	36.85	5.184	38	45.28	.00

จากตารางที่ 6 พิจารณาโดยรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หลังการทดลอง เท่ากับ 95.50 คะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติหลังการทดลอง เท่ากับ 36.85 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่าหลังการทดลอง ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย คะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

และพิจารณารายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 24.60 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 9.50 ด้านความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองเท่ากับ 41.65 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 16.35 ด้านความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองเท่ากับ 9.85 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.25

ด้านความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องยา อาหาร การพักผ่อน การลดสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย สังคม ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 19.25 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.75 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ด้านความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้ดูแล ด้านความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องยา อาหาร การพักผ่อน การลดสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย สังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภท มารับการรักษา คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเสนา ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 40 คน โดยสำรวจรายชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดย มีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ บิดา มารดา บุตร สามี หรือภรรยาคนใดคนหนึ่งที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
2. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10
3. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เคยได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาก่อน
4. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยโต้ตอบและอ่านออกเขียนได้
5. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมี 3 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา โดยใช้แนวคิดของ Bandura (1997) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยจัดกิจกรรม 4 ด้าน คือ กิจกรรมที่ 1 การพูดคุยเชิง จิตกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) โดยเนื้อหาในกิจกรรม นำมาจากเทคโนโลยีการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภท (กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข, 2541) และ เทคโนโลยีการให้ความรู้และทักษะแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทสำหรับบุคลากร สาธารณสุข (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2547) พัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่ง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน โดยทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาที่มารับบริการ คลินิกจิตเวช จำนวน 6 คน โดยดำเนินกิจกรรมครบ 4 กิจกรรมนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาให้ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2) แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) โดยแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแล 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ด้านความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ด้านความแข็งแกร่งด้านร่างกายของผู้ดูแล ด้านความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ตรวจสอบได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .98 ตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาที่มารับบริการคลินิกจิตเวช จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้อมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้ สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88 จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของศรีนคร มังคะมณี (2547) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ตรวจสอบได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .99 ตรวจสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาที่มารับบริการคลินิกจิตเวช จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้ สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้

การดำเนินการทดลอง

1.ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ที่กล่าวมาในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.2 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษากระบวนการ และวิธีการดำเนินการ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ

1.3 จัดทำแผนดำเนินการวิจัย โดยประสานกับโรงพยาบาลเสนาเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลในคลินิกจิตเวช โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลา ในการดำเนินโครงการ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ วัน เวลา ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการวิจัย

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน เพื่อเป็นผู้ช่วยกลุ่มในการเก็บรวบรวมข้อมูล และจัดบันทึกขณะดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 5 ปี โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่างๆในโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน วิธีการสัมภาษณ์ และการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้เข้าใจถึงบทบาทของตนได้ชัดเจน

1.5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลเสนา เพื่อค้นหาผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แล้วผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ผู้ดูแลเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม

แล้ว ทำการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre- Test) ในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และนัดหมายวัน-เวลาในการทำกิจกรรม ตามโปรแกรม

1.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการมารับบริการแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างจะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ที่ต้องการ

2.ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินโครงการโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเสนา โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอน ตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 2 ในสัปดาห์แรก กิจกรรมที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 2 และกิจกรรมที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม 60 นาที โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ถัดไปนัดหมายกลุ่มทดลองในช่วงเช้า และกลุ่มควบคุมในช่วงบ่ายเพื่อประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มตัวอย่าง (Post – test) โดยใช้แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วนำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ paired-t test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ย ของคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคจิตเภทของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง คือ คะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง และพิจารณารายด้าน พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 4 ด้านคือ ด้านความเข้มแข็งในตนเองด้านความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ด้านความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้ดูแล ด้านความเข้าใจในสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องยา อาหาร การพักผ่อน การลดสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย สังคม แตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง คือคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ด้านหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่ 4)

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่แตกต่างกัน และพิจารณารายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านความเข้มแข็งในตนเองด้านความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ด้านความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้ดูแล ด้านความเข้าใจในสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องยา อาหาร การพักผ่อน การลดสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย สังคม ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 5)

3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่าหลังการทดลองความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกัน คือกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สูงกว่ากลุ่มควบคุม และพิจารณารายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ด้าน

คือ ด้านความเข้มแข็งในตนเองด้านความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ด้านความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้ดูแล ด้านความเข้าใจในสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องยา อาหาร การพักผ่อน การคลั่งกระตุ้น การออกกำลังกาย สังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6)

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยได้นำเสนอตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1) สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

การจัดโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยบูรณาการจากแนวคิดตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1986) ด้านปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 ปัจจัยได้แก่ 1) การพูดชักจูง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง 4) การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งนี้การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ของผู้ดูแลซึ่งเปรียบได้กับการดูแลตนเองเพื่อบุคคลพึ่งพา โดยความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลผู้พึ่งพา (Capabilities for dependent operation) พลังความสามารถ 10 ประการ (Power component of care) และความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล (Foundation capabilities and disposition) (Orem, 2001) ซึ่งกิจกรรมการพัฒนาความมีคุณค่าในตน การพัฒนาการรู้จักตนเอง ความเข้าใจตนเอง การยอมรับตนเอง การจัดการกับความเครียด การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกาย รวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญในการจัดแบ่งเวลาเพื่อทำกิจกรรม ล้วนแล้วแต่เป็นส่วนประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองทั้งสิ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534; Orem, 2001) ดังนั้น กิจกรรมดังกล่าวในโปรแกรมเป็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maria and Vazgaues (2010) ได้ทำการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการลดความเครียด ผลการ ศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับ

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการจัดการกับความเครียดเพิ่มขึ้น มีอาการด้านลบและการแสดงทางอารมณ์อาการทางจิตลดลง

เมื่อพิจารณาคะแนนความสามารถของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลอง จำแนกรายชื่อ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมากที่สุด และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกข้อ โดยที่คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองแสดงว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีความรู้และประสบการณ์เพิ่มมากขึ้น ทำให้สามารถตัดสินใจดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้นด้วยตนเอง

สำหรับคะแนนรองลงมาด้านความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ด้านความเข้าใจในสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องยา อาหาร การพักผ่อน การลดสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย สังคม ความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้ดูแล ตามลำดับ พบว่าก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกข้อ

นอกจากนี้ในการที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทได้เข้าร่วม โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 ครั้ง ผู้ศึกษาได้ดำเนินกระบวนการกลุ่มตามระยะพัฒนากลุ่ม 3 ระยะ ของ Marram (1978) คือ ในระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้ศึกษาได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลโดยการแนะนำตนเอง อธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงเหตุผลของการเข้าร่วมกลุ่ม พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้ารับ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแจ้งวัตถุประสงค์และข้อตกลงของการเข้ากลุ่ม ทำให้สมาชิกเข้าใจชัดเจน ดังที่มารเรม (Marram, 1978) กล่าวว่า สัมพันธภาพภายในกลุ่มและการเข้าใจวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่มอย่างชัดเจน ภายใต้อารมณ์ของความเป็นมิตร จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย รู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน กล้าระบายความคิด ความรู้สึกทุกข์ใจ กล้าแสดงความคิดเห็นของตน กล้าเปิดเผยตัวเองกับกลุ่มผู้ดูแล และมีความมั่นใจในการให้และการรับความช่วยเหลือจากสมาชิก

สำหรับในระยะแก้ไขปัญหาร่วมกัน และให้ความรู้ การที่ผู้ดูแลมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาความรู้สึกนึกคิดของตน ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่า ทุกคนในกลุ่มก็เผชิญปัญหาหรือความทุกข์เหมือนกัน มิใช่แต่ตนเองที่มีปัญหา ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความเป็นสากล ดังที่ Marram (1978) กล่าวว่า การที่บุคคลรู้และเข้าใจปัญหาของตน จะทำให้ลดความกังวล การที่ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ในกลุ่ม จะช่วยทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากพยาบาลและสมาชิกกลุ่ม ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ดี

ในระยะสิ้นสุดกลุ่ม ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของการดำเนินกระบวนการกลุ่มในทุกกิจกรรม จะมีการประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลง และความสำเร็จของกลุ่ม จากวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น และซักถามส่วนที่ยังไม่เข้าใจหรือปฏิบัติไม่ได้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวนี้ จะเป็นการทบทวนให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีความมั่นใจ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

2) สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติสามารถอธิบายได้ว่า โดยการนำแนวคิดตามทฤษฎีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) ด้านปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 ปัจจัยได้แก่ 1) การพูดชักจูง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง 4) การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ มาสร้างเป็นโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ ทำให้กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ ดังที่อธิบายไว้ในข้อที่ 1 ไว้แล้ว ทำให้กลุ่มทดลองมีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นกลุ่มที่ได้รับการกิจกรรมการพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแล การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

จากคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่อพิจารณาคะแนนความสามารถของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลอง จำแนกรายข้อ พบว่า คะแนนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมากที่สุด และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกข้อ โดยที่คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองแสดงว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีความรู้และประสบการณ์เพิ่มมากขึ้น ทำให้สามารถตัดสินใจดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้นด้วยตนเอง

สำหรับคะแนนรองลงมาด้านความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ด้านความใส่ใจในสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องยา อาหาร การพักผ่อน การลดสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย สังคม ความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้ดูแล ตามลำดับ พบว่าก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกข้อ

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นเพศหญิงสูงถึงร้อยละ 85 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 70 ในกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Boye et al. (1999) พบว่าการเผชิญหน้าระหว่างผู้ดูแล ซึ่งเป็นมารดา และผู้ป่วย 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง โดยเฉพาะในด้านการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากขึ้นไป และพบว่าอายุของผู้ดูแลอยู่ในช่วง 51-60 ปี สูงถึงร้อยละ 60 ซึ่งอายุของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงภาวะของบุคคลที่จะจัดการเกี่ยวกับเรื่องราวหรือปัญหาต่างๆ โดยผ่านทาง การรับรู้ การแปลความหมาย การทำความเข้าใจ และการตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุด โอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล จะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ และเริ่มลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา เมื่อบุคคลสามารถดูแลตนเองได้ดีเมื่ออายุมากขึ้น การดูแลบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเองก็น่าจะดีขึ้นตามอายุ เช่นเดียวกัน ดังที่ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ศึกษาพบว่า อายุของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความสามารถในการดูแลของมารดาได้

จะเห็นได้ว่า การดูแลของผู้ดูแลโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ จากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

1. การพูดชักจูง โดยการใช้คำพูดชักจูงให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และเชื่อมั่นในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย เกิดความพยายามมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วย โดยใช้หลักการสอน คือสอนในสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการเรียนรู้เนื้อหาที่สอนเป็นการส่งเสริมความรู้เดิมและเพิ่มความรู้อื่นที่ผู้ดูแลยังไม่เคยทราบและยัง ไม่มีประสบการณ์ การสอนเรื่องโรคจิตเภท การรักษา ยา และการรับประทานยา ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ รู้ถึงวิธีการที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วย ช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถและให้ความร่วมมือได้เป็นอย่างดี จากการศึกษาพบว่า สอนในเรื่องที่อยู่ในความสนใจและเป็นที่ต้องการของผู้ดูแลและช่วยพัฒนาความรู้และการปฏิบัติได้

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ เป็นการได้รับประสบการณ์ทางอ้อม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น การเรียนรู้โดยได้เห็นตัวแบบจริงสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวดี บุญชู (2551) ทำการศึกษาพบว่า การที่ได้สังเกตตัวแบบที่เป็นตัวอย่าง แสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้ผลลัพธ์ที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าตนเองก็สามารถที่จะประสบ

ความสำเร็จได้ตามตัวแบบนั้น การเรียนรู้ผ่านตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นวิธีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ผู้ดูแลมองเห็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ประโยชน์จากการเรียนรู้ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และมีการแสดงออกที่เหมาะสมส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในผู้ดูแล

3. การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ผู้วิจัยให้กำลังใจ การแสดงความเชื่อมั่นในความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย ช่วยทำให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นและเกิดความมั่นใจ สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีความเชื่อพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคล การถูกกระตุ้นทางด้านลบจะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด เนื่องจากความกังวลทำให้การรับรู้ความสามารถต่ำลง (Bandura, 1986) จากการศึกษาของวันเพ็ญ อัสวศิลปะกุล (2539) ศึกษาผลของการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์และพฤติกรรมต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีคะแนนการรับรู้ความสามารถโดยทั่วไปสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ดังนั้น สรุปได้ว่า การวิจัยครั้งนี้มีความสอดคล้องตามแนวคิดของ Bandura (1977) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความตั้งใจของบุคคลที่จะกระทำหรือเปลี่ยนพฤติกรรมอันนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ การได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างครบถ้วนจากแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 แหล่งคือ การพูดคุยเชิง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ จะช่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดพลังและเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

การนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไปใช้ ผู้ที่จะนำโปรแกรมนี้ไปใช้ ต้องเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์ และพื้นฐานการสอน การทำกลุ่ม รวมทั้งมีความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ควรมีการทำความเข้าใจกับเนื้อหา และขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมนี้ก่อนนำไปใช้ ถ้าจะใช้โปรแกรมนี้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามประเมินความสามารถของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 1 ปี โดยติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี
2. ควรทำการศึกษาการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น มารดาที่ดูแลเด็กป่วย และออทิสติก เป็นต้น



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- สุขภาพจิต, กรม. (2552). รายงานประจำปี. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กมลทิพย์ ด้านชัย. (2540). การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลบุตรและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบุตรในมารดาที่มีบุตรวัย 1-3ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษม ต้นติผลชีวะ. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ขวัญใจ รุ่งเรือง. (2549). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ของมารดาทำงานนอกบ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรภัทร เปลื้องนุช. (2548). ผลของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจในการรับรู้สมรรถนะการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครอง. โครงการการพัฒนานักวิจัยและงานวิจัยของสถาบันราชานุกูล, กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันราชานุกูล.
- จันทร์ธา ชีระสมบุรณ์. (2543). การประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 8, 1: 49-58.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินดารัตน์ พิมพ์ดีด และคนอื่นๆ. (2541). การพัฒนารูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินดารัตน์ พิมพ์ดีดและคนอื่นๆ. (2542). รายงานการวิจัย: การพัฒนารูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำที่หอผู้ป่วยหญิงของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ พระธรรมขันธ์.
- จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2540). ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จอม สุวรรณโณ. (2541). ญาติผู้ดูแล แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล
ศาสตร์. :147-154.
- เฉลิม วงศ์จันทร์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับ
ความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาล
ศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูศรี ต้วสกุล. (2539). พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่พาบุตรมารับการรักษาที่
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐยา พรหมบุตร. (2545). สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทวี ตั้งเสรี. (2541). คู่มือการจำแนกโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10. วารสารสุขภาพจิต
แห่งประเทศไทย. 5, 3: 143-152.
- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). ภาวะความสามารถการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่
เป็นโรคจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). กรณีศึกษาผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและ
ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและ
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจวรรณ ละอองผล. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความ
คาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผล
เปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วย
ซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร โมภลจิต และทัศนีย์ นะแสง. (2539). **วิจัยทางการแพทย์. โครงการผลิตตำราหลักคณะพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 สงขลา : เทมการพิมพ์.**
- เพียงใจ ตรีไพรวงศ์. (2540). **สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- ไพรินทร์ กันทนะ. (2543). **ภาระของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคนอื่นๆ. (2547). **การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน:รูปแบบและโปรแกรมการพัฒนากิจกรรมของผู้ดูแล. ภาควิชาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- ภุมมาภิชาติ แสงเขียว. (2542). **การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- มาโนช หล่อตระกูล. (2549). **จิตเวชศาสตร์รามาชิตี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บิยอนด์ เอนเตอร์ไพรซ์.**
- มนตรี อมรเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน. (2544). **สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 9(3), 113-127.**
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). **สุขภาพจิตและพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- รัชนิกร อูปลาน. (2541). **การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**
- รัตนศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- วัชรภรณ์ ลือไชสง. (2541). **ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษา. กลุ่มงานสังคมศาสตร์. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.**
- วันดี โตสุขศรี. (2539). **การศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียด และภาระในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**

- วันเพ็ญ อัสวศิลาปะกุล. (2539). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลที่สูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วารสารณัฏฐศาสตร์. (2542). ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดซ้ำของโรคจิตเภทในสถาบันประสาทวิทยา. ประชุมวิชาการสุขภาพจิตปี 2542. ความรุนแรงในสังคม: ทางออกอยู่ที่ไหน. กรุงเทพมหานคร.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 12(4), 33-38.
- เวทีณี สุขมาก, อุไรวรรณ โชติรัตน์ศิริ และเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า. (2544). ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 16(2).107-116.
- วยุณี ช้างมิ่ง. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีนทร มังคะมณี . (2547). ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศรีสุตา เจริญวงศ์วิวัฒน์. (2538). การรับรู้สมรรถนะตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สกาวรัตน์ พวงจันทร์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). ผลการให้สุขภาพจิตแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาวดี บุญชู. (2551). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุมณฑา บุญชัย. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ปออง.
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุหรี หนุงอาหลี. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเองศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พรินต์ติ้งจำกัด.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- อัจฉริยา ปทุมวัน. (2534). แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลัส. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิชาติ วังตระกูล. (2549). การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร. ชานด้าการพิมพ์.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- American psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder**. *Washington DC* : American Psychiatric Association, 274 – 85.
- Anderson, C.M. , Hogarty , G.E, and Reiss, D. J. (1980). **Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducation approach**. *Schizophrenic Bulletin* 6 (3): 490-505.
- Bandura, A. (1977). **Social learning theory**. Englewood Cliffs,NJ:cPrintice Hall.
- Bandura, A. (1986). **Social foundations of thought and action : A Social cognitive theory**. New Jersey : Prentice – Hall,ine.
- Baker, C. (1995). The development of Self – Care ability to detect early signs of relapse among Individuals who have Schizophrenia. **Archives of psychiatric nursing**,9(5):261-268.
- Barry, F. (2001). **Service User Handbook:Coping with Setbacks and staying well**. [online]. Available from:<http://www.nyx.org.uk>, [2010,February 2.]
- Best, J. W. (1970). **Research in Education**. New Jersey: Prentic – Hall.
- Birehwood, M etal. (1989). Predicting relapse in schizophrenia:The Development and Implementation of an early Signs monitoring System Using patients and families as Observes, a preliminary investigation. **Psychological Medicine**.19:649-656.
- Boye, B., et al. (1999). What predicts the course of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenic or related psychoses?. **Soc Psychiatry Epidemiol** 34: 35-43.
- Brown, G., B , and wing, J. 1972. Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication. **British Journal of Psychiatry** 121:241-258
- Burns, N., and Grove, S.K. (1993). **The Practice of Nursing Research : Conduct,Critique and Utilization**. Second ed. Philadepia : W.B. Saunder.
- Denyes and Filday . (1986). Orem’s model used for health promotion: directions from research. *Advance in Nursing Science*, 11 (1), 13-21.
- Dvis, L.L. (1992). Building a science of caring for caregivers. **Family and Community Health** 15: 1-9.
- Eakes, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. **Archives of Psychiatric Nursing** 9: 77-84.

- Fleury, S.D. (1992). **The application of motivational theory cardiovascular risk reduction.** Image, 24 (3), 229-239.
- Fowler, L. (1992). Family Psychoeducation: Chronic psychiatricacy ill Caribbean patient. **Journal of Psychosocial Nursing**, 30 (3): 27-32.
- Frisch, N.C., and Frisch, L.E. (1998). **Psychiatric Mental Health Nursing.** New York: Delmar.
- Glendy, S.H., and Mackenzie. (1998). Caring for Relatives With Serious Mental Illness at Home : The Experiences of Family Carers in Hong Kong. **Archives Psychiatric Nursing** 12: 288-294.
- Herz, M.I., and Melville, C. (1980). Pelapse in schizophrenia. Am J Psychialry 137:801-805.
- Jorgen sen, P. (1998). Early Signs of psychotic relapse in schizophrenia. **The British Journal of Psychiatry.** 172 :327-330.
- Jerusalem, M., and Schwarzer, R (1993). **The General Self-efficacy Scale (GSE).** Retrieved September 17, 2003, from <http://www.fu-berin.de/gesund>
- Kaplan, H.I., and Sadock, B.J. (1998). **Synopsis of psychiatry.** 9th ed. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kazdin, A.E. (1974). Reactive self-monitoring : The effects of response desirability, goal setting, and feedback. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 42,704-714.
- Kennedy,G.M., Schepp,G.K., and O'Connor,W.F. (2000). Symptom Self-Management and Relapse in Schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing**.14:266-275.
- Kyung-Hee, S., and Si-Sung, P. (2002). Medication and Symptom management education program for the rehabilitation of psychiatric patients in Korea:the effect of promoting schedule on self-efficacy theory. **Yonsei Med I.** 43:579-589.
- Littlefield, C.H. and Daneman. (1992). Relationship of Self-efficacy and binding to adherence to diabetes regimen among adolescent. **Diabetes care**, 15(1), 90-94.
- Loukissa, D.A. (1998). Family burden in chronic vertal illness: a review research study. **Jounal of advanced Nurseing**,21(2),248-255.
- Malla, A., and Norman, R. (1994). Prodromal Symptoms in Schizophrenia. **The British Journal Of Psychiatry.** 164:487-493.
- María L., and Vázquez, P. (2010). **New training program on self-efficacy reduces stress of patients with schizophrenia.** University of Granada.

- Marram, G.D. (1978). **The group approach in nursing practice. 2 ed.** Saint Louis: The C.V. Mosby Company.
- Moore, J.B., and Gaffeny, K.F. (1989). Development of an instrument to measure mothers' performance of self-care activities for children. **Advance Nursing Sciences** 12: 76-83.
- Novacek, J., and Raskin, R. (1998). Recognition of warning Signs: A consideration for cost-effective treatment of Severe Mental illness. **Psychiatric Services**. 49:376-378.
- Orem, (2001). **Nursing Concepts of Practice. 4th** edition. St. Louis : Mosby.
- Phillip, W and Long, M.D. (2001). **Basic factors About Schizophrenia.** [Online]. Available from [http://www. Mental health.com.](http://www.Mentalhealth.com) [2000, December 20]
- Polit, D.F. and Hungler, B.P. (1999). **Nursing Research Principle and Methods. 6th** ed. New York: Lippincott.
- Pratt, S.I., et al. (2005). **Self-efficacy and psychosocial functioning in Schizophrenia: A mediational analysis.** *Schizophrenia Research*. 78:187-197.
- Ray, M., John, P.A. and Kate, L. (2005). A Review and Synthesis of Research Evidence for Self-efficacy-Enhancing Interventions for Reducing Chronic Disability: Implications for Health Education Practice (Part I). **Health Promotion Practice**. 6(1):37-43.
- Roe, D., Philip, T., and Paul, H. (2006). Coping with psychosis: An Integrative Developmental Framework. **Journal of Nervous Mental Disorder**. 194(12):917-924.
- Rose, L.E. (1997). Caring for caregivers : Perceptions of social support. **Journal of Psychiatric Nursing** 35: 17-24.
- Royal Brisbane Hospital. (2003). Early Warning Signs.(online). Available from: [http://www. Nmna.org](http://www.Nmna.org) (2010, Feb 2).
- Sadock, B.J., and Sadock, V.A. (2000). **Comprehensive textbook of psychiatry. (7th** ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Williams.
- Scott, S.R., et al. (2004). A staff perspective of early warning Signs Intervention for individuals with psychosis : clinical and Service implications. *Journal of Practice*. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**: 11:469-475.
- Sherer, M. et al. (1982). The self-efficacy scale: Construction and Validation. **Psychological report**, 51, 663-671.

- Taylor, M.C. (1994). **Culture diversity in health & illness. Connecticut** : Appleton & Lange.
- Taylor, M.C. (1994). **Culture Essentials of Psychiatric Nursing**. 4 ed. St. Louis : Mosby.
- Thompson, E.H., and Futterman. (1983). Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. **Journal of Gerontology** 48S: 245-254.
- Townsend, M.C. (2000). **Psychiatric Mental Health Nursing : Concept of Care**. Philadelphia: F.A. Davis.
- Tungpunkom, P. (2000). **Staying in balance: Skill and rote development in psychiatric caregiving**. Dussertation the University of San Francisco, SF C.
- Yamashita, M. (1996). Study of how Families care for mental ill relatives in Japan. ICN. **International Nursing Review** 4:121-125.
- Zubin, J., and Spring, B. (1977). Vulnerability-A new view of Schizophrenia. **Journal of Abnomal Psychology**. 86:103-126.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์ประยุกต์ เสรีเสถียร	โรงพยาบาลตุลาการเฉลิมพระเกียรติ (สำนักงานศาลยุติธรรม)
2. อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล	อาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นางนพรัตน์ ไชยขำนิ	พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
4. นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย	พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลท่าเรือ
5. นางสาวนงลักษณ์ ทรงคำเจียก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเสนา

ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. สถิติที่ใช้ในการหาค่าความเที่ยงของ แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540 : 125 – 126)

$$\alpha = \left(\frac{n}{n-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_r^2} \right)$$

เมื่อ α = ความเชื่อมั่นของแบบวัด
 n = จำนวนข้อของแบบวัด
 S_i = คะแนนความแปรปรวนของแบบวัดแต่ละข้อ
 S_r = คะแนนความแปรปรวนของแบบวัดทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542 : 68 – 69)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

X = ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้ง N จำนวน

N = จำนวนของคะแนนทั้งหมด

2.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542: 70)

$$SD = \frac{\sum n \sum X - (\sum X)^2}{n(n-1)}$$

SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละตัว

n = จำนวนตัวอย่างของประชากร

2.3 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม
สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรางกูร, 2545 : 355)

$$t = \frac{\bar{d}}{S_d / n}$$

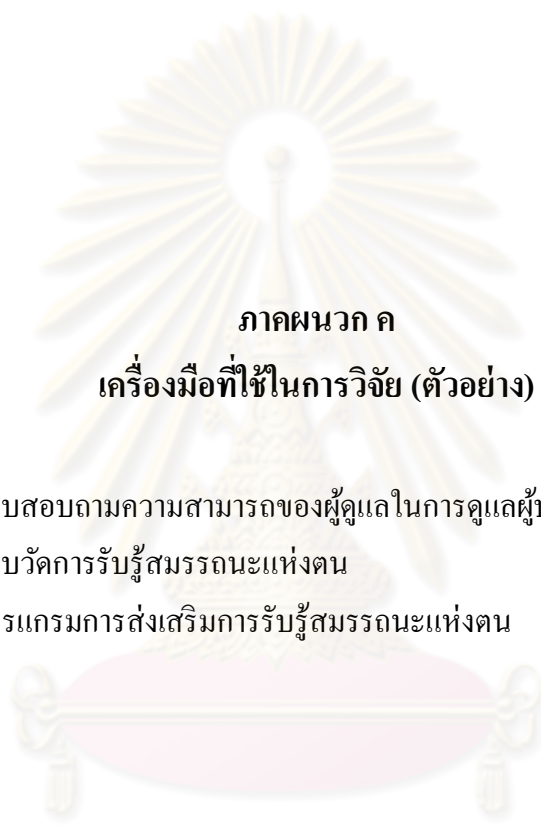
d = ผลของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง

S_d = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

n = จำนวนคู่ของคะแนน

df = n - 1

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

- 1.แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 3.โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง () หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพการสมรส
() โสด () หย่า
() คู่ () แยกกันอยู่
() หม้าย
4. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียน () อนุปริญญา
() ประถมศึกษา () ปริญญาตรี
() มัธยมศึกษา อื่นๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
() วางงาน () รับจ้าง
() รับราชการ () ค้าขาย
() เกษตรกรรม อื่นๆ ระบุ.....
6. ความเพียงพอของรายได้
() เพียงพอและเหลือเก็บ
() เพียงพอกับรายจ่าย
() ไม่เพียงพอกับรายจ่าย.
() ไม่มีรายได้
อื่นๆ ระบุ.....
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท
() บิดา () มารดา
() พี่ () น้อง
() สามี () ภรรยา
() บุตร
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ที่อธิบายได้ตรงกับตัวท่านมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย

√ ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความสามารถในการดูแลมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความสามารถในการดูแลมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความสามารถในการดูแลปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความสามารถในการดูแลน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความสามารถในการดูแลน้อยที่สุด

รายการ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1) ความเข้มแข็งในตนเองด้านความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย					
1. ท่านสามารถรับรู้ถึงความคิดที่ผิดปกติของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเปลี่ยนแปลง					
2.					
3.					
4.					
5.					
2) ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท					
6.					
3) ความเข้มแข็งด้านสุขภาพของผู้ดูแล					
15.ท่านมีปัญหสุขภาพร่างกายที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วย					
4) ความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทในเรื่องยา อาหาร การพักผ่อน การลดสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย สังคม					
20. ท่านเอาใจใส่เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศของผู้ป่วย					

(เครื่องมือกำกับการทดลอง) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมั่นใจของท่านในการจัดการกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ท่านดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขอให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นอย่างไร ในข้อที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

- โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ
- มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจมากที่สุด
- มาก หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจมาก
- ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจปานกลาง
- น้อย หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจน้อย
- น้อยที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ระดับความมั่นใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ฉันมั่นใจว่าจะนำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวได้					
2. ฉันสามารถสังเกตได้ว่าตนเองมีความเครียดเกิดขึ้น					
3.					
4.					
5.					
6.					
.....					
.....					
.....					
.....					
20. ฉันสามารถดูแลผู้ป่วยจนครอบครัวเกิดความพึงพอใจ					



ภาคผนวก ง

โครงการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

กิจกรรมที่ 1 การพูดชักจูง

สัปดาห์ที่ 1 วันที่.....ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง ความคุ้นเคย
2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

สถานที่สอน คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

เหตุผลการจัดกิจกรรม

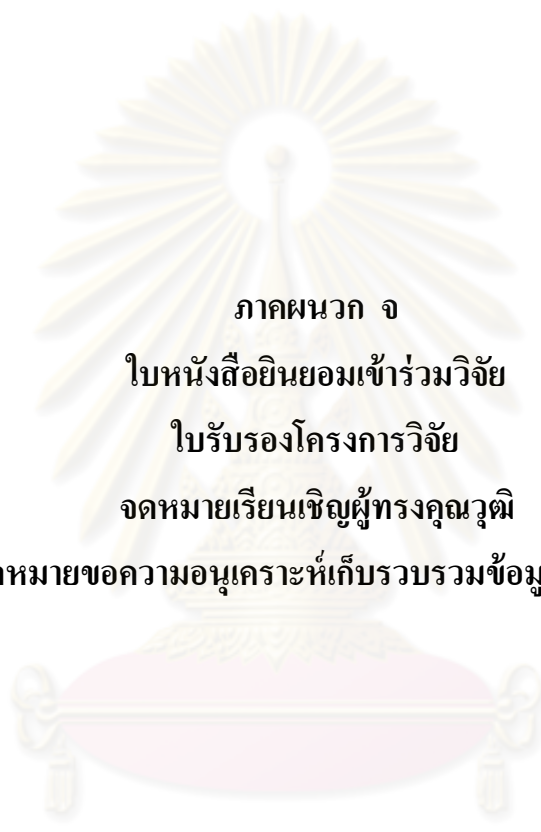
การสร้างสัมพันธภาพเป็นการสร้างความพร้อมและแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ มากขึ้น การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท การรักษา การรับประทานยา การใช้คำพูดชักจูง เป็นการใช้คำพูดอธิบาย การให้คำแนะนำชักชวนและกระตุ้นเพื่อให้ผู้ดูแลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย และมั่นใจในความสามารถของตนเอง โดยการใช้คำพูดชักจูงให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเกิดความพยายามและมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วย ในกิจกรรมนี้ผู้นำกลุ่มใช้การสอนเป็นรายกลุ่มเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะหรือพัฒนาความคิด ได้เกิดการเรียนรู้ปัญหาาร่วมกัน ที่เกิดจากการดูแลให้ได้รับการแก้ไขได้ตรงประเด็น

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 อาการของโรคจิตเภท การสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท การรักษาโรคจิตเภท
2. ใบความรู้ที่ 1/1 แนะนำโครงการ
3. ใบความรู้ที่ 1/2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
4. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรม

การประเมินผล

1. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกได้รู้จักและเกิดความคุ้นเคยกัน
2. สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน
3. สมาชิกเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไปได้



ภาคผนวก จ
ใบหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย
ใบรับรองโครงการวิจัย
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.... โรงพยาบาลเสนา.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแล

บุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนันทา นวลเจริญ

ที่อยู่ติดต่อ 23/1 หมู่ 9 ต.บ้านแพน อ.เสนา จ.พระนครศรีอยุธยา

โทรศัพท์ 086-0883036

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบคำถาม ตามแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน รวมถึงเข้ารับการฝึกอบรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งดำเนินกิจกรรมกลุ่มแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวนเป็น 4 ขั้นตอน 4 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ดำเนินกิจกรรมติดต่อกันนาน 3 สัปดาห์ ณ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็นต้นว่าได้รับการรักษาพยาบาลเช่นเดิม)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชูคดี 1
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนานั่งสื่อแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสุนันทา นวลเจริญ)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการ

ดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุนันทา นวลเจริญ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทางช้าง จ.พระนครศรีอยุธยา

(ที่บ้าน) 23/1 หมู่9 ตำบลบ้านแพน อำเภอสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

(ที่ทำงาน) 035-396292 โทรศัพท์มือถือ 086-0883036 E-mail: su_sunanta@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือไม่อย่างไร

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่

3.1 เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

3.2 เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนา จำนวน 40 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ บิดา มารดา บุตร สามี หรือภรรยาคนใดคนหนึ่งที่อยู่ร่วมกับ

ผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD10

3) อายุระหว่าง 20- 59 ปี

4) สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยโต้ตอบและอ่านออกเขียนได้

5) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลเสนา เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยในคลินิกจิตเวชโดยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วงเวลาที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช หากพบว่ามีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นในกลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจับคู่ตามเพศ อายุและระดับการศึกษา เนื่องจากมีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทำโดยการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน โดยสำรวจแบบรายชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเสนา

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนที่ 2 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ เป็นแนวทางในการพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและพัฒนาด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

7. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ได้ที่เบอร์โทร 086-0883036

8. ในการขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนที่จะทำการศึกษา

9. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

10. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคาร
สถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-22188147
โทรสาร 0-22188147 E-mail: eccu@chula.ac.th



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ศร 0512.11/ 0640

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรธรรม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มีนาคม 2554

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเสนา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางสุนันทา นวลเจริญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางสุนันทา นวลเจริญ โทร. 08-6088-3036



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเสนา

ที่ อย. 0027.223 / 066

วันที่ 17 มีนาคม 2554

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางสุนันทา นวลเจริญ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามที่ท่านได้ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อพิจารณาระเบียบวิจัยและจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยเพื่อประกอบการพิจารณานับสนุนการเก็บข้อมูลนั้น คณะอนุกรรมการฯ ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาล เห็นควรอนุมัติให้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2554

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายแพทย์วิวัฒน์ ปองเสงี่ยม)

นายแพทย์ เชี่ยวชาญ

ประธานคณะกรรมการคุณธรรมและจริยธรรม

ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0๒๐๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 มีนาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และภคินี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสุนันทา นวลเจริญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ ประยุกต์ เสรีเสถียร พ.บ.ว. จิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ ประยุกต์ เสรีเสถียร

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางสุนันทา นวลเจริญ โทร. 08-6088-3036



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/ ๐6๐๖

วันที่ 16 มีนาคม 2554

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสุนันทา นวลเจริญ นิสิตชั้นปริญญาโท ภาควิชาการพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งคนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางสุนันทา นวลเจริญ โทร. 08-6088-3036

ที่ ศร 0512.11/ 0603

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มีนาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสุนันทา นวลเจริญ นิสิตชั้นปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรวณ ลือบุญธ วัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนพรัตน์ ไชยชำนาญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนบท จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางนพรัตน์ ไชยชำนาญ
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรวณ ลือบุญธ วัชชัย โทร. 0-2218-1149
ที่อธิบดี	นางสุนันทา นวลเจริญ โทร. 08-6088-3036

ที่ ศร 0512.11/ 0603



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๖ มีนาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลท่าเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสุนันทา นวลเจริญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

งานบริการการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย โทร. 0-2218-1149

นางสุนันทา นวลเจริญ โทร. 08-6088-3036

ที่ ศร 0512.11/ 0603

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศัลพรม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 มีนาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนันทา นวลเจริญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งคนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท" โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ถิ่นบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญนางสาวนงลักษณ์ ทรงล้ำเจ็อก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงกลางเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สืบมาเรียน

นางสาวนงลักษณ์ ทรงล้ำเจ็อก

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ถิ่นบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางสุนันทา นวลเจริญ โทร. 08-6088-3036

ที่ ศร 0512.11/ 0671

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 มีนาคม 2554


เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเสนา

เนื่องด้วย นางสุนันทา นวลเจริญ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษา จำนวน 40 คน ณ คลินิกจิตเวช แสมกู่ผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสุนันทา นวลเจริญ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางสุนันทา นวลเจริญ โทร. 08-6088-3036

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสุนันทา นวลเจริญ เกิดวันที่ 4 มกราคม 2522 ที่จังหวัด พระนครศรีอยุธยา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีษะเกษ นนทบุรี สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2545 เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2552

ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทางช้าง อ.บางบาล จ.พระนครศรีอยุธยา



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย