

ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะการดูแล
และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท



นางสาวปานิสรา เกษมสุข

ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF SUPPORT GROUP THERAPY ON BURDEN AND DEPRESSION
OF CAREGIVERS OF PATIENT WITH SCHIZOPHRENIA

Miss Panisara Kasemsuk

ศูนย์วิทยพัทยากร
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 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับรองต่อภาวะ
การดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางสาวปภาณิสรา เกษมสุข

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงค้อมบุทธิ์

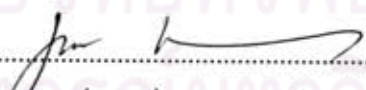
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต



.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.ช.หญิง ดร. บุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงค้อมบุทธิ์)


.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ปานิสรานเกษมสุข : ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อการดูแลและภาวะ
ซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. (EFFECTS OF SUPPORT GROUP THERAPY ON BURDEN
AND DEPRESSION OF CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA)

อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม :

อ. ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ, 163 หน้า

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้า
ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง และ 2) เปรียบเทียบ
ภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มบั
ดระดับประคองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยมารับ
การรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบ
เจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติจำนวน 40 คน และได้รับการจับคู่ ตามช่วงอายุและประเภทของ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแล
ตาม โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง ซึ่งผ่านการตรวจความ
ตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวัดภาระการ
ดูแล และแบบวัดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 และ .82
ตามลำดับ และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีค่า
ความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .82 และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมี
ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเคอร์ริชาร์ดสัน เท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. ภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับ
ประคอง ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. หลังการทดลอง ภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม
กลุ่มบำบัดระดับประคอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ปีการศึกษา.....2551.....

ลายมือชื่อนิสิต.....*พณิศา โคนหงษ์*.....
ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....*Free*.....
ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....*Jan*.....

##4977586136 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : SUPPOST GROUP / BURDEN / DEPRESSION / CAREGIVERS OF PATIENT WITH SCHIZOPHRENIA

PANISARA KASEMSUK : EFFECTS OF SUPPORT GROUP THERAPY ON BURDEN AND DEPRESSION OF CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA.

ADVISOR: PENPAKTR UTHIS, Ph.D., /CO-ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYUT, Ph.D., 163 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were: 1) to compare the burden in caring and depression of caregivers of patient with schizophrenia before and after the participation in support group therapy, and 2) to compare the burden in caring and depression of caregivers of patient with schizophrenia who participated in support group therapy and those who participated in regular caring activities. A research sample of 40 caregivers who accompanied schizophrenia patients to out-patient unit, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital and met the inclusion criteria were purposively recruited. They were matched according to gender and their relationships with patient and then equally assigned into experimental group and control group, 20 subjects in each group. Research instruments were: 1) the support group therapy program which was developed by the researcher and validated for content validity by 5 experts; 2) data collection tools composed of the Caregiver Burden Scale and Beck Depression Inventory with Cronbach's Alpha Coefficient reliability as of .88 and .82, respectively; and 3) the instruments to monitor the intervention were the Social Support Scale with Cronbach's Alpha Coefficient reliability of .82 and the Caregivers' Knowledge Scale with KR-20 reliability of .88. The t-test was used in data analysis.

Major findings were the following:

1. the burden in caring and depression of caregivers of schizophrenia patients who participated in support group therapy program was significantly lower than that before at the .05 level.
2. after the experiment, the burden in caring and depression of caregivers of schizophrenia patients who participated in support group therapy program was significantly lower than those caregivers who participated in regular caring activities at the .05 level.

Field of study Mental Health and Psychiatric Nursing
Academic year.....2008.....

Study's signature: PANISARA KASEMSUK.....

Advisor's signature: Penpaktr Uthis.....

Co-Advisor's signature: Pennapa Dangdomyut.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เป็นผู้ซึ่งให้ความรู้ ข้อคิด และแนวทางในการทำวิจัย ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวิรัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำชี้แนะ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ จากสถาบันต่าง ๆ ทุกท่านที่ให้คำแนะนำ แก้ไขปรับปรุง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ผู้ศึกษารู้สึกประทับใจในความกรุณา และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ แพทย์ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ทุกคน รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ได้ให้ความร่วมมือ ให้กำลังใจ ช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณ พี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อนร่วมรุ่นทุกคนทั้ง ที่ได้ให้กำลังใจ ช่วยเหลือ ผลักดันให้เกิดความรู้สึกที่ดีของความเป็นเพื่อน

ขอกราบขอบพระคุณบิดา และมารดา ที่ให้ชีวิต ปัญญา ความเข้มแข็งและความอดทน และน้องสาวที่คอยช่วยเหลือให้กำลังใจ และแสดงความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา จนบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้ศึกษาขอบแต่บิดา มารดา อาจารย์ผู้มีพระคุณทุกท่าน และกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ขอให้มีความสุขภาพแข็งแรงตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	7
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการศึกษา	7
ขอบเขตการศึกษา	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	16
1.1 ความหมายของโรคจิตเภท.....	16
1.2 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท.....	17
1.3 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท.....	18
1.4 หลักการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน.....	19
1.5 ประเภทของปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรม ในชุมชน.....	20
1.6 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.....	21
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	23
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล.....	23
2.2 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	24
3. ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล	26
3.1 แนวคิดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช.....	26
3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล.....	27
3.3 การประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล.....	28
3.4 การพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล.....	29

สารบัญญ (ต่อ)	หน้า
4. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	30
4.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	30
4.2 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล.....	31
4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล.....	31
4.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า.....	32
4.5 การพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า.....	34
5. แนวคิดกลุ่มบำบัดประคับประคอง.....	34
5.1 ความหมายของกลุ่มบำบัดประคับประคอง.....	34
5.2 แนวคิดพื้นฐานของการทำกลุ่มบำบัดประคับประคองจากการศึกษาของ Chou, Liu & Chu.....	36
5.3 กลุ่มบำบัดประคับประคองตามแนวคิดของ Yalom.....	37
5.4 เป้าหมายของกลุ่มบำบัดประคับประคอง.....	39
5.5 ปัจจัยบำบัด.....	40
6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
7. โปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	52
การดำเนินการทดลอง.....	61
การวิเคราะห์ข้อมูล	99
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	101
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	113
รายการอ้างอิง	125
ภาคผนวก.....	137
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	138
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	140
ภาคผนวก ค ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	156
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	160
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	163

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามเพศและประเภทของความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	51
2	การดำเนินการตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง.....	63
3	คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง.....	95
4	คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่ม ทดลอง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง.....	96
5	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และสถานภาพสมรส ...	102
6	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ และ รายได้ของครอบครัว	103
7	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว	104
8	คะแนนเฉลี่ยการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการ ทดลอง.....	105
9	คะแนนเฉลี่ยการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการ ทดลอง.....	106
10	คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการ ทดลอง.....	107
11	คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการ ทดลอง.....	108
12	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง.....	109
13	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง.....	110
14	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการ ทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	110
15	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการ ทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	111

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
16	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่าง ของคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	112
17	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่าง ของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	112



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมองหรือพิษจากยา (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการของโรคแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม (Kaplan, & Sadock, 1998) คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการทางบวก เช่น ประสาทหลอน อาการหลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตัว เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) โรคจิตเภทมักมีอาการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และมีความเสื่อมในการทำหน้าที่หลาย ๆ ด้าน เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ และการเข้าสังคม เป็นต้น ความผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภทที่พบบ่อย ได้แก่ การแยกตัวออกจากสังคม ซึม เศษ เฉื่อยชา ไม่ใส่ใจต่อกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นภาวะที่ต้องการการดูแลอย่างยิ่ง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จึงจำเป็นต้องมีผู้ทำหน้าที่ดูแลและควบคุมความประพฤติต่าง ๆ ซึ่งถือเป็นภาระอันใหญ่หลวงสำหรับผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับความผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภท

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเวชยึดนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ชุมชนให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผู้ที่อยู่ในครอบครัวจะต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาลจนกว่าผู้ป่วยจะกลับสู่สังคมหรือทำงานได้ ในผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด (Ruppert, 1996) ซึ่งผู้ดูแลเกือบทั้งหมดเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย และไม่ได้มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังต้องทำหน้าที่ตามบทบาทของตนในครอบครัวอีกด้วย (Fallon, Boyd, & McGill, 1984) ผู้ดูแลจึงเกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต ขาดอิสระ และการบริหารเวลาถูกรบกวน ก่อให้เกิดภาระจากการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ Montgomery, et al. (1985) กล่าวถึงความหมายของภาระการดูแลว่าเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระเป็น 2 ประเภท คือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจนจากสถานการณ์การดูแลโดยตรง เช่น การรับรู้ขนาดความยุ่งยาก หรือความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ดูแล ส่วนภาระ

เชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทักษะ หรือ ปฏิบัติการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์การดูแล

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อให้เกิดภาระต่อผู้ดูแลมาก ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Magliano, et al. (1998). พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระเชิงอัตนัยสูงถึงร้อยละ 47 และภาระเชิงปรนัยสูงถึง ร้อยละ 56 สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) ในประเทศไทย ซึ่งศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลจำนวน 30 คน มีคะแนนการรับรู้ภาระการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 73.33 และอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 20 ซึ่งภาระที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลายด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Martyns-Yellowe (1992) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในประเทศไนจีเรีย จำนวน 44 คน พบว่า ภาระมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผิดปกติทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้จากการศึกษาของ วัชณี หัตถพนม และคณะ (2529) เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลและผู้ป่วย จำนวน 75 คู่ พบว่า ภาระที่เกิดขึ้นจากการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และไม่อยากดูแลผู้ป่วยอีกต่อไป ส่งผลต่อการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย

ภาระการดูแลที่เกิดขึ้นนี้ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแลเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยตามมาด้วย เนื่องจากการดูแลของญาติมีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2531) โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวจะเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการช่วยลดการป่วยซ้ำหรือป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทได้ ด้วยการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้การแนะนำหรือแก้ไขปัญหาในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งจะเป็นบุคคลแรกที่วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างไร และเป็นผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาแก่บุคลากรทางการแพทย์ (เลอสรุค พุ่มชูศรี, 2531) ดังนั้น หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยเพียงลำพังโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว จะเกิดการรับรู้ภาระการดูแลในระดับสูง เช่น รู้สึกเครียดในการทำหน้าที่ดูแล ไม่พึงพอใจในบทบาทผู้ดูแล และ เกิดความเบื่อหน่ายผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลเพิกเฉยต่อการดูแลผู้ป่วย หรือ มีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสมและขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (Thompson et al., 1993) ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดการสนับสนุนช่วยเหลือ จนมีอาการทรุดหนักและต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในที่สุด (Hoyert & Sulter, 1992)

การรับรู้ภาระทั้งเชิงปรนัยและอัตนัยที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความสัมพันธ์ทางสังคม และ

ด้านเศรษฐกิจ โดยผลกระทบด้านร่างกายที่พบ เช่น ทำให้ร่างกายทรุดโทรม เกิดความเหนื่อยล้า มีอาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทานตะวัน เข้มบุญเรือง (2540) พบว่า ผู้ดูแลหลายคนมีอาการนอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อย และอ่อนล้ากับการดูแล ด้านสังคม พบว่า ผู้ดูแลต้องปรับตัวให้ตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิกที่เจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้มีชีวิตความเป็นส่วนตัวลดลง ไม่มีเวลาทำกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม ส่วนด้านเศรษฐกิจพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลารักษานาน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และมีเงินออมลดลง ทำให้ครอบครัวมีความเดือดร้อนทางการเงิน และมีภาระหนี้สิน (รัชนิกร อุปเสน, 2541) และผลกระทบซึ่งพบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญมากสำหรับผู้ดูแลก็คือ ด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจาก ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และเป็นผู้ขาดทักษะด้านต่าง ๆ ในการดูแลช่วยเหลือตนเอง อีกทั้งยังได้รับผลกระทบจากทัศนคติทางลบของสังคมที่มีต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นดรามากับการที่มีผู้ป่วยทางจิตในครอบครัว (ชะอุทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2531) เป็นเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ในการทำหน้าที่ของตนและไม่อยากอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ประกอบกับหากไม่ได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจหรือความเห็นอกเห็นใจจากสมาชิกอื่นในครอบครัว หรือ เกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว ก็จะทำให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล เศร้า และเกิดความรู้สึกเครียด (รัชนิกร อุปเสน, 2541) และหากผู้ดูแลเหล่านี้ไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลที่ถูกต้องก็จะเกิดเป็นปัญหาสุขภาพจิต เช่น เกิดความคับข้องใจ เครียด และซึมเศร้าตามมาในที่สุด (Cook, Heller, & Pickett-Schenk, 1999)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในต่างประเทศของ Cohen, & Eisdorfer (1988) พบว่า ร้อยละ 55 ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยทางจิต จะมีอาการของโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Taj, Mufit, Khan, & Reham (2005) และ Basheer, Niazi, Minhas, Ali, & Najam (2005) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง และจากการศึกษาของ ชวนชม วงศ์ไชย (2546) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษา หรือเป็นผู้ที่มารับยาแทนที่โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ หรือสถานอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2546 จำนวน 46 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 56.52 นอกจากนี้ เวทีนี้ สุขมาก อุไรวรรณ โขครัตน์ธีรญา และ เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า (2544) ได้ศึกษาการเรียนรู้ถึงประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตโดยแพทย์ให้ข้อวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท พบว่า กระบวนการของพฤติกรรมการณ์เผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น แบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 สับสน ซึ่งมีลักษณะวิตกกังวล ตกใจ

กลัว สงสาร ขั้นตอนที่ 2 คือการแสวงหาข้อมูล ขั้นตอนที่ 3 คือการปรับตัว และขั้นสุดท้ายคือขั้นหดหู่ ซึ่งมีลักษณะ หดแรงแ หดหวัง เนื่องจากการที่ผู้ดูแลได้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมาเป็นเวลานาน ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า คิดว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่มีทางรักษาหายได้ รู้สึกหดแรงแ และหดหวัง ส่งผลให้ผู้ดูแลอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาด้านจิตใจสำคัญที่พบในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย (Marsh & Johnson, 1997) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Lim & Ahn (2003) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ภาวะ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำ จะใช้วิธีเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ ภาวะการดูแลเชิงอัตราย นอกจากนี้การไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ ประการหนึ่งที่ส่งผลต่อผู้ดูแล ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ ทิปประพิณ สุขเจริญ (2543) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแล สอดคล้องกับการศึกษา ของ Crotty, & Kuly (1996) ที่ศึกษาภาวะของญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้บริการในผู้ป่วยนอก ใน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ภาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของ ผู้ดูแล

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้รับผลกระทบต่าง ๆ จากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤติในชีวิตซึ่งส่งผลทำให้ผู้ดูแล มีความคิดในทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคตมากขึ้นตามลำดับ (รัชนีกร อุปเสน, 2541) โดยการมีความคิดด้านลบต่อตนเองนั้น ผู้ดูแลจะมองว่าเป็นความบกพร่องของตนเอง เมื่อผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมีอาการหลงเหลือ โทษตนเองว่ามีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต คิดว่าตนเองไร้คุณค่าและเป็นที่ยกย่องของสังคมเพราะต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนความคิดด้านลบ ต่อสิ่งแวดล้อม จะเป็นการที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองต้องรับภาระอยู่คนเดียวไม่มีใครเข้าใจ และไม่ได้รับ การสนับสนุนทางสังคม (Barnes et al., 1981; Jungbauer et al., 2003; Saunders, 2003) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Rautkis, Koeske, & Tereshko (1995) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล สำหรับความคิดด้านลบต่ออนาคต ผู้ดูแลอาจเกิดความคิดด้านลบ หลายประการ เช่น คิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเต็มไปด้วยปัญหาอุปสรรค ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาให้ หายขาดจึงจำเป็นต้องดูแลอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้เกิดความท้อแท้ สูญเสียความหวังในอนาคต และ ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, 1967; วนิดา เปรียญจุม, 2546, ดวงใจ กสถานติกุล, 2542)

จากข้อมูลข้างต้น และผลการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดูแล (Dyck, Short & Vitaliano, 1999; ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Song, Biegel, & Milligan; 1997) จากการศึกษาของ House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุ โดยผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เช่น การที่ผู้ดูแลได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่น จะสามารถช่วยลดภาวะเชิงอัตนัย (Crotty, & Kuly, 1986) และส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลลดลงได้ (Song, Biegel, & Milligan; 1997) ส่วนผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า เช่น การที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองต้องรับภาระอยู่คนเดียวไม่มีใครเข้าใจ (Barns et al., 1981; Jungbauer et al., 2003; Saunders, 2003) ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปกับการที่มีผู้ป่วยทางจิตในครอบครัว (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2531) เกิดความรู้สึกท้อแท้ในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล เศร้า และเกิดความรู้สึกเครียด (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ทำให้เกิดภาวะเชิงอัตนัย และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาในที่สุด (Cook, Heller, & Pickett-Schenk, 1999, Beck, 1967) ส่วนการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการดูแล สามารถช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหา (Montgomery, et al., 1985) ทำให้ภาวะเชิงปรนัยลดลง (Dyck, Short, & Vitaliano, 1999) และหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ เช่น การได้รับการสนับสนุนวัตถุสิ่งของ รวมถึงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการดูแล จะช่วยลดความเครียดในการดูแล ส่งผลให้การรับรู้ภาวะเชิงปรนัยลดลง (ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543; Hobb, 1997)

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลาย และมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแล (Lowton, et al., 1989) ส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลลดลง (Crotty, & Kuly, 1996) อีกทั้งมีความคิดด้านบวกต่อสิ่งแวดล้อมดีขึ้น ส่งผลให้การรับรู้ภาวะซึมเศร้าลดลง (Barns et al., 1981; Jungbauer et al., 2003; Saunders, 2003) และประโยชน์สำคัญที่ตามมาคือพบว่าหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชได้ (Jed, 1989) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะทำให้ผู้ดูแลมีภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งจะลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้น การช่วยเหลือเพื่อลดภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงควรใช้การบำบัดซึ่งสามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น

ปัจจุบันได้มีการจัดกระทำต่อผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนในหลายรูปแบบด้วยกัน เพื่อลดภาระการดูแล และภาวะซึมเศร้า เช่น การดูแลสุขภาพที่บ้าน โปรแกรมการให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน และกลุ่มบำบัดระดับครอบครัว (Chou, Liu & Chu, 2002) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลุ่มบำบัดระดับครอบครัว เป็นการบำบัดทางการพยาบาลรูปแบบหนึ่ง ซึ่งทำให้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการค้นพบความต้องการทางด้านจิตใจของผู้ดูแล และช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนระดับครอบครัวด้านจิตใจ (Atwood & Williams, 1978; Drescher, 1986; Rose, Finestone, & Bass, 1985; Chou, Liu, & Chu, 2002; Cook, Heller, & Pickett-Schenk, 1999) งานวิจัยในต่างประเทศได้มีการนำกลุ่มบำบัดระดับครอบครัวมาใช้ในการบำบัดผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยังพบว่าได้ผลดีในการนำมาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอีกด้วย (Chou, Liu, & Chu, 2002) ทั้งนี้ กลุ่มบำบัดระดับครอบครัวเป็นการที่บุคคลตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปที่มีปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกันมารวมกลุ่มกัน เพื่อทำกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยเหลือสมาชิกในการหาวิธีการเพื่อดูแลสุขภาพพร้อมกัน (Frisch, 2002) การทำกลุ่มบำบัดระดับครอบครัวมาจากแนวคิดพื้นฐาน 2 ประการ คือ การสนับสนุนทางสังคม และกระบวนการกลุ่ม (Kinney et al., 1992) โดยกลไกของกลุ่มประกอบด้วยการให้ข้อมูลที่เป็นการสอนหรือแลกเปลี่ยนความรู้ต่างๆ รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิก (Loomis, 1998, cited in Kinney, et al., 1992) ซึ่งปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกที่เกิดขึ้นภายในกระบวนการกลุ่มช่วยให้เกิดประโยชน์แก่กลุ่ม และทำให้กลุ่มมีความเจริญงอกงาม และพัฒนาการที่ดี ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม (Yalom, 1995) ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chou, Liu & Chu (2002) ในประเทศไต้หวัน ซึ่งใช้กลุ่มบำบัดระดับครอบครัวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า กลุ่มบำบัดระดับครอบครัวสามารถลดภาระการดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cook, Heller, & Pickett-Schenk (1999) และ Chien, Chan, & Thompson (2006) ศึกษาถึงผลของกลุ่มบำบัดระดับครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลมีภาระการดูแลลดลง

เนื่องจากการวิจัยในต่างประเทศได้มีการศึกษาเพื่อลดภาระการดูแล (Cook, Heller, & Pickett-Schenk, 1999; Chien, Chan, & Thompson, 2006) และภาวะซึมเศร้า (Chou, Liu & Chu, 2002) ของผู้ดูแล ที่เกิดจากผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดระดับครอบครัวอยู่บ้างดังที่กล่าวข้างต้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า ยังไม่มีการนำรูปแบบการบำบัดลักษณะนี้มาใช้เพื่อลดภาระการดูแลร่วมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จึงมีความสนใจที่จะนำกลุ่มบำบัดระดับประคองมาใช้ เพื่อลดภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากปัจจัยบำบัดต่างๆ ที่เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากการทำกลุ่มบำบัดระดับประคองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการกับการแสดงออกและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ภาวะเชิงประนีประนอม และมีความสามารถในการจัดการด้านจิตใจ โดยเฉพาะการจัดการกับการแสดงออกและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของตนเอง ส่งผลให้ลดภาระเชิงอัตนัย อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านอารมณ์จากสมาชิกอื่นๆ ในกลุ่ม ทำให้ผู้ดูแลเข้มแข็ง มีความหวังและกำลังใจ เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ซึ่งจะสามารถส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลงได้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับตติยภูมิ ที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยทางจิต โดยเร่งรัดการบำบัดให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนให้เร็วที่สุด จึงเป็นภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อจากโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาผลของกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเลือกดำเนินการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อที่จะได้นำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลต่อไป รวมทั้งเป็นการพัฒนาการศึกษาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง
2. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ปัญหาการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองแตกต่างกันหรือไม่
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองจะมีภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิต ขาดอิสระและการบริหารเวลาถูกรบกวน เกิดการรับรู้ภาระจากการดูแลผู้ป่วย ภาระที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลเสียทั้งต่อ

ผู้ป่วยและตัวผู้ดูแล ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระการดูแลในระดับสูง จะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสม และไม่พึงพอใจในบทบาทผู้ดูแลจนกระทั่งเพิกเฉยต่อการดูแลผู้ป่วย เมื่อขาดการสนับสนุนช่วยเหลือก็ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทรุดหนัก และต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในที่สุด (Hoyert, & Sulter, 1992) ภาระการดูแลที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ทั้งต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านเศรษฐกิจ ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Cook, Heller, & Pickett-Schenk, 1999)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Cohen, & Eisdorfer, 1988; Khan, & Reham, 2005; Basheer, Niazi, Minhas, Ali, & Najam, 2005; ชวนชม วงศ์ไชย, 2546) การที่ผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมาเป็นเวลานาน ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า คิดว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่มีทางรักษาหายได้ รู้สึกหมดแรงและหมดหวัง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (เวทีนิ สุขมาก อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญ และ เอมหทัย ศรีจันทร์ห่อ, 2544) เมื่อผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤติในชีวิต ย่อมส่งผลทำให้มีความคิดในทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดลอม และต่ออนาคตมากขึ้นตามลำดับ (รัชนีกร อุปเสน, 2541) โดยการมีความคิดด้านลบต่อตนเองนั้น ผู้ดูแลจะมองว่าเป็นความบกพร่องของตนเองเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการหลงเหลือ โทษตนเองว่ามีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต คิดว่าตนเองไร้คุณค่าและเป็นที่ยึดถือของสังคมเพราะต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนความคิดด้านลบต่อสิ่งแวดลอม จะเป็นการที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองต้องรับภาระอยู่คนเดียวไม่มีใครเข้าใจ และไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Barns et al., 1981; Jungbauer et al., 2003; Saunders, 2003) สำหรับความคิดด้านลบต่ออนาคต ผู้ดูแลอาจเกิดความคิดด้านลบหลายประการ เช่น คิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเต็มไปด้วยปัญหาอุปสรรค ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาให้หายขาดจึงจำเป็นต้องดูแลอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้เกิดความท้อแท้ สูญเสียความหวังในอนาคต และขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, 1967; วนิดา เปรี๊ญจุม, 2546, ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล (ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543, Dyck, Short, & Vitaliano, 1999) และภาวะซึมเศร้า (Song, Biegel, & Milligan, 1997; Crotty, & Kuly, 1996) ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้เพราะการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ของผู้ดูแล โดยช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดความเข้มแข็ง ช่วยให้ผู้ดูแลเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา และส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น และมีการรับรู้ภาวะเชิงประนัยลดลง นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลาย และมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแล จนมีการรับรู้ภาวะเชิงอึดมั่นและมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลง (Lowton, et al., 1989; Cohen & Wills, 1985; Thompson, &

Doll, 1993) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนั้น แบ่งได้เป็น 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุ (House, 1981)

ดังนั้นการช่วยเหลือเพื่อลดภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงควรจัดกระทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้รู้สึกถึงการสนับสนุนทางสังคม เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกมีความหวัง เป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย และป้องกันผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและตัวผู้ดูแล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในปัจจุบัน พบว่า มีการนำกระบวนการกลุ่มบำบัดประคับประคองมาใช้ในการบำบัดผู้ดูแลที่เป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังพบว่าได้ผลดีในการนำมาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอีกด้วย (Chou, Liu, & Chu, 2002) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มบำบัดประคับประคองจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงการสนับสนุนทางสังคม และเป็นการเพิ่มเครือข่ายทางสังคมให้กับผู้ดูแลอีกด้วย (Shapiro, Possidente, Plum, & Lehman, 1983) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง เพื่อนำมาใช้ในการลดภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเหล่านี้ ด้วยการประยุกต์จากกระบวนการกลุ่มบำบัดประคับประคองตามการศึกษาของ Chou, Liu, & Chu (2002) ซึ่งใช้แนวคิดของ Yalom (1995) ที่เน้นกระบวนการเกี่ยวกับ การให้ข้อมูล การแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหา และการสนับสนุน โดยพัฒนาเป็นโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินการกลุ่ม 8 ครั้ง โดยแต่ละครั้งจะมีสาระในการบำบัดที่คาดว่าจะส่งผลต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล และระหว่างสมาชิกกลุ่ม การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเป็นการสนับสนุนทางสังคมชนิดหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลในภาวะที่ต้องการการพึ่งพา หรือการช่วยเหลือทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ (Miller, 1992) เป็นกระบวนการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น แนะนำกลุ่ม วัตถุประสงค์ กฎ และข้อบังคับต่างๆ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ และเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง ซึ่งนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ทำให้เกิดการทำงานในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และดำเนินกิจกรรมกลุ่มจนบรรลุวัตถุประสงค์ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็ง ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านปรนัยและอับนัยลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2545) อีกทั้งการที่ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล และกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้มแข็งของจิตใจและรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ (ปรีชา สุวังบุตร, 2543)

ครั้งที่ 2 เป็นกระบวนการกลุ่มที่ทำให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้ผู้ดูแลได้สำรวจอารมณ์ ความรู้สึก

การแสดงออกต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลรู้จักตนเอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ถือเป็น การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผลทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์ มั่นคงในการต่อสู้กับปัญหา ทำให้เกิดการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะ ที่ทำให้เกิดความเครียด (Cohen & Wills, 1985) ซึ่งการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมนี้ ส่งผลให้ ผู้ดูแลมีภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าลดลงได้

ครั้งที่ 3 เป็นกระบวนการกลุ่มที่ช่วยให้สมาชิกได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับแนวทางแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา ผลกระทบจากความเครียดที่มีต่อการดูแล การได้ แลกเปลี่ยนทักษะการเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ สามารถจัดการกับ อารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการลดภาวะเชิงอัตนัย (Chou, Liu, & Chu, 2002) และลดภาวะซึมเศร้าตามมา (Cohen, & Wills, 1985)

ครั้งที่ 4 เป็นกระบวนการกลุ่มที่ช่วยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการ แสดงออก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย แลกเปลี่ยนวิธีการจัดการ กับอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย เสริมสร้างความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ การ ดำเนินของโรค แนวทางการดูแลรักษา การเฝ้าระวัง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแล ทำให้ปัญหา ในการดูแลลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลโดยเฉพาะภาวะเชิงปรนัยลดลง (Montgomery, et al., 1985)

ครั้งที่ 5 เป็นกระบวนการกลุ่มที่ช่วยให้เกิดการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการ ที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ดูแลทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำและอาการเตือนของ การป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา รวมทั้งการ ติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ ซึ่งจะช่วย ป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าว จะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจ ในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ด้วยตนเอง (Montgomery, et al., 1985)

ครั้งที่ 6 เป็นกระบวนการกลุ่มที่ทำให้สมาชิกพูดถึงประสบการณ์ในการจัดการกับ ความคิดทางลบของตนเอง ซึ่งถือเป็น การดูแลตนเองด้านจิตใจเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า รวมไปถึง การแลกเปลี่ยนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เมื่อเกิดความเครียดจากการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแล รับรู้ภาวะเชิงอัตนัยลดลง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และแลกเปลี่ยนการดูแลตนเองทางด้าน ร่างกาย ทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลตนเองเมื่อเกิดปัญหาจากการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ ภาระเชิงปรนัยลดลง (Montgomery, et al., 1985)

ครั้งที่ 7 เป็นกระบวนการกลุ่มที่ทำให้สมาชิกแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับทรัพยากรในชุมชน ความช่วยเหลือทางการเงิน การเยี่ยมบ้าน และบริการทางการแพทย์ รวมทั้งการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ซึ่งการพัฒนากระบวนการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลโดยตรงคือ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ส่งเสริมให้เกิดความมีคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดพลัง ความเข้มแข็ง เห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา และส่งผลให้การปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลโดยอ้อมของการสนับสนุนทางสังคม คือ ช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งทำให้ความรู้สึกเป็นภาระน้อยลง (Cohen, & Wills, 1985; Thompson, & Doll, 1993) ดังนั้นผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม และมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากจะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มาก รวมทั้งมีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่มีผลส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ช่วยลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย (Thompson, et al., 1993) ส่งผลให้การปรับตัวหรือการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลลดลงได้

ครั้งที่ 8 เป็นกระบวนการกลุ่มที่ทำให้สมาชิกทบทวนการทำกลุ่มในสัปดาห์ที่ผ่านมา และวางแผนเกี่ยวกับอนาคต เป็นการดำเนินการที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลได้ร่วมกันอภิปรายผลที่ได้จากการทำกลุ่ม ร่วมกันสร้างความมั่นใจ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวอำลาต่อกันและสิ้นสุดการทำกลุ่ม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองจะต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองจะต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. ภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองจะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองจะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการศึกษา (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่นำ

ผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้ คือ

1. ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 10 สิงหาคม 2551 ถึง วันที่ 25 กันยายน 2551 จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน
3. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย
 - 3.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง
 - 3.2 ตัวแปรตาม คือ ภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definitions)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก (มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่าง 17-30 คะแนน)

ภาวะการดูแล หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่แสดงถึงความเดือนร้อนจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 มิติ คือ

1. ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมทางสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ
2. ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทักษะปฏิบัติกิจตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย

สามารถประเมินภาวะการดูแลได้โดยใช้แบบวัดภาวะการดูแลของ Montgomery, et. al. (1985) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงออกถึงความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยจะมีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย มีความคิดตัวเองไม่มีคุณค่า มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง มองโลกในแง่ร้าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัว

จากสังคม และอาจเกิดความคิดหรือพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้ ประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory) ที่ถูกนำมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536)

การดูแลตามปกติ หมายถึง การดำเนินการที่พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ โปรแกรมวางแผนการจำหน่าย การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแล การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง หมายถึง การบำบัดตามรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการประยุกต์กระบวนการกลุ่มบำบัดประคับประคองตามการศึกษาของ Chou, Liu & Chu (2002) ซึ่งใช้แนวคิดกลุ่มบำบัดประคับประคองของ Yalom (1995) มีเป้าหมายเพื่อลดภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน มีทักษะในการเผชิญปัญหา และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม โดยมีการดำเนินการกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วยการดำเนินการตามกระบวนการกลุ่มของ Yalom (1995) ประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มกลุ่ม ระยะทำงานร่วมกัน และระยะยุติกลุ่ม จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการติดต่อกันทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ แบ่งเป็น สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 2-3 แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 4-5 แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 5 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 7-8 แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยดำเนินการกลุ่มทีละกลุ่มดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ เป็นการสนับสนุนทางสังคมชนิดหนึ่ง เป็นกระบวนการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น แนะนำกลุ่ม วัตถุประสงค์ กฎ และข้อบังคับต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ และเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง ซึ่งนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ทำให้เกิดการทำงานในการแลกเปลี่ยนร่วมกัน และดำเนินกระบวนการกลุ่มจนบรรลุวัตถุประสงค์

ครั้งที่ 2 สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้ผู้ดูแลได้สำรวจอารมณ์ ความรู้สึก การแสดงออกต่อผู้ป่วย มีผลทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์มั่นคง ทำให้เกิดการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ครั้งที่ 3 ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึก การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา รู้จักวิธีการผ่อนคลายความเครียด และได้แลกเปลี่ยนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้

ครั้งที่ 4 สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการแสดงออก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย แลกเปลี่ยนวิธีการจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ทำให้สมาชิกมีวิธีการใหม่ ๆ ในการจัดการกับผู้ป่วย

ครั้งที่ 5 เป็นการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องสำคัญที่สมาชิกจะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา รวมทั้งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยการสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ด้วยตนเอง

ครั้งที่ 6 สมาชิกพูดถึงประสบการณ์ในการจัดการกับอาการทางลบของตนเอง ซึ่งถือเป็นการดูแลตนเองด้านจิตใจ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และการดูแลตนเองด้านร่างกาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลตนเอง

ครั้งที่ 7 เป็นกระบวนการที่ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับทรัพยากรในชุมชน ความช่วยเหลือทางการเงิน การเยี่ยมบ้าน และบริการทางการแพทย์ การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน

ครั้งที่ 8 ทบทวนการทำกลุ่มในสัปดาห์ที่ผ่านมา และวางแผนเกี่ยวกับอนาคต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อช่วยลดภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะส่งผลต่อการอยู่ร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า
3. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
4. สามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นพื้นฐานและแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าแก่ผู้สนใจต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับรองต่อภาวะการดูแล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของ โรคจิตเภท
- 1.2 อาการทางคลินิกของ โรคจิตเภท
- 1.3 สาเหตุการเกิด โรคจิตเภท
- 1.4 หลักการดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
- 1.5 ประเภทของปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมในชุมชน
- 1.6 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล (Caregivers)
- 2.2 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

3. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 3.1 แนวคิดภาวะการดูแลของผู้ดูแล
- 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล
- 3.3 การประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแล
- 3.4 การพยาบาลเพื่อลดภาวะการดูแลของผู้ดูแล

4. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 4.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
- 4.2 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล
- 4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล
- 4.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า
- 4.5 การพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

5. แนวคิดกลุ่มบำบัดระดับประคอง

- 5.1 ความหมายกลุ่มบำบัดระดับประคอง
- 5.2 แนวคิดกลุ่มบำบัดระดับประคองจากการศึกษาของ Chou, Liu & Chu
- 5.3 องค์ประกอบของกลุ่มบำบัดระดับประคอง
- 5.4 ปัจจัยบำบัด (Curative Factors)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาว์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรู้ (Cognition) บ้างเมื่อป่วยนาน ICD-10 ได้บรรยายถึงอาการสำหรับการวินิจฉัยไว้เป็นข้อๆ และกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยา หรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรืองตระกูล, 2544) ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรม และบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ไม่มีความจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริงๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ พบว่า มีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย พฤติกรรมแปลกๆ (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

อรพรรณ ลือบุญรัชชัญ (2545) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมอง

Sadock, & Sadock, (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรค จิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึกรวม พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความจริง มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพ

1.2 อาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง ในระหว่างนั้น อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มาโนช หล่อตระกูล, 2543; เกษม ต้นดิผลชีวะ, 2536) มีลักษณะอาการดังต่อไปนี้ คือ

กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ ๆ คือ

- 1) Psychotic Dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน
- 2) Disorganization dimension ได้แก่ Disorganized Behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมากและ Disorganized Speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อย รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่น ๆ ที่พบ คือ อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น Auditory Hallucination อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น Tactile หรือ Somatic Hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ Auditory Hallucination

โดยประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย เริ่มมีอาการทางบวกที่เป็นอันตราย มีความคิดหลงผิดที่พบในโรคจิตเภทคือ หลงผิดคิดว่ามีคนมาปองร้าย หรือคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง ส่วนอาการประสาทหลอน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการประสาทหลอนชนิดต่าง ๆ ชนิดที่พบบ่อย คือ มีอาการหูแว่ว ซึ่งพบได้ร้อยละ 75 โดยเสียงแว่วที่ได้ยินเป็นเสียงคำพูดว่าหรือสบประมาท มีปัญหาในด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล

กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

- 1) Alogia พูดน้อย หรือไม่ค่อยพูด เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ
- 2) Affective Flattening การแสดงออกด้านอารมณ์ลดน้อยลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา
- 3) Avolition-Apathy ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน ผู้ป่วยอาจอยู่เฉยๆทั้งวัน โดยไม่ทำอะไร

4) Anhedonia-Asociality ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร อาการด้านลบในลักษณะนี้อาจเริ่มเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบที่ชัดเจนในบางคนอาการเด่นจะแสดงออกมาในลักษณะนี้ โดยไม่พบอาการหลงผิด หรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี

ในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

1.3 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะเด่น คือ มีความผิดปกติของกระบวนการคิดเป็นหลักและการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ อารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ โรคจิตเภทเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ในปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทไว้หลากหลาย ที่สำคัญได้แก่

ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factor) ได้แก่

1. **พันธุกรรม** การศึกษาพันธุกรรมของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย การศึกษาครอบครัว การศึกษานุตรบุญธรรม และการศึกษาในกลุ่มแฝด พบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญของโรคนี้ โดยการศึกษาในครอบครัวพบว่าญาติสนิทและบุตรของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคถึงร้อยละ 5-10 สำหรับการศึกษานุตรบุญธรรมพบว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท (Black, & Anderson cited in Townsend, 2000) ส่วนการศึกษาในกลุ่มแฝด พบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบถึง 4 เท่าและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคมากกว่าคนทั่วไปถึง 50 เท่า

2. ปัจจัยทางชีวเคมี (Biochemical Factor)

2.1 สมมุติฐานโดปามีน (The Dopamine Hypothesis) สมมุติฐานนี้เชื่อว่ามีสารโดปามีนหลั่งออกมามากในสมอง ทำให้เกิดอาการทางจิตที่มีการศึกษาที่สนับสนุนสมมุติฐานนี้ โดยพบว่าสารแอมเฟตามีน ทำให้เพิ่มการหลั่งของสารโดปามีนมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิต ในขณะที่ยาต้านโรคจิต เช่น Haloperidol, Chlorpromazine มีผลต่อสารโดปามีนโดยการยับยั้งการจับกันของสารโดปามีนจึงทำให้อาการทางจิตลดลง (Kaplan & Sadock, 1998)

2.2 สมมุติฐานทางชีวเคมีอื่น (Other Biochemical Hypothesis) จากการศึกษาพบว่าความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายตัวเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ เช่น นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ซีโรโทนิน (Serotonin) อะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) มีข้อสันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทสมดุลของ Serotonin มีความผิดปกติ เนื่องจากยารักษาโรคจิต

ชนิดใหม่คือ Clozapine และ Risperidone มีความสัมพันธ์กับ Serotonin Receptors (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2544)

3. **ปัจจัยทางสรีรวิทยา** เช่น การติดเชื้อไวรัส ความผิดปกติทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางเนื้อเยื่อ โรคบางอย่าง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตแล้ว พบว่าสมองมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะคล้ายการติดเชื้อโรคบางชนิด เช่น เชื้อหุ้มสมองอักเสบ จากเชื้อไวรัส ส่วนความผิดปกติของร่างกาย มีการศึกษาโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography Scan) ตรวจที่สมองพบว่า Ventricular มีขนาดใหญ่ขึ้นและ Cerebellar มีขนาดเล็กลง และจากการทำ MRI พบว่ามีความผิดปกติใน Hippocampus, Amygdale, Temporal Lobes, Basal Ganglia

4. **ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological Factor)** เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตใจ นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

5. **ปัจจัยทางครอบครัว** จากการศึกษา พบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งกันของสัมพันธภาพในชีวิตคู่ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลภายในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความสับสนทางจิตใจ นอกจากนี้การที่ครอบครัวมีการสื่อสารแบบสองนัย ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกันเวลาเดียวกันแต่ขัดแย้งกัน

6. **ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม** มีการศึกษาพบว่าภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต อาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจต่ำ มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง (Sadock, & Sadock, 2000)

7. **ปัจจัยรวม** สาเหตุการเกิดโรคจิตเภทยังไม่ชัดเจน ไม่มีทฤษฎีใดที่กล่าวได้อย่างชัดเจนว่าอะไรเป็นสาเหตุของการเกิดโรค จากการศึกษาพบว่าเกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

1.4 หลักการดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2549) กล่าวถึงหลักในการดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนไว้ดังนี้

WHO (2001) ได้ให้ความหมายว่า การดูแลในชุมชน (Community-based care) หมายถึง การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ซึ่งมีความต้องการได้รับการดูแล จะมีโอกาสได้รับการรักษาอยู่ในระดับชุมชน โดยที่การดูแลไม่ใช่เป็นเพียงบริการใดๆ ที่ให้ในระดับท้องถิ่นและสามารถเข้าถึงได้

เท่านั้น แต่จะต้องเป็นบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยแต่ละรายได้ด้วย นอกจากนี้ควรเป็นบริการที่มีเป้าหมายในการเสริมสร้างพลังอำนาจ และ มีการใช้เทคนิคการบำบัดซึ่งมีประสิทธิภาพที่จะช่วยให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการส่งเสริม ให้มีทักษะในการช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งการใช้ระบบสนับสนุนอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัว และกลไกสนับสนุนอย่างเป็นทางการอื่นๆ ที่มีอยู่

การดูแลในชุมชน จะมีความแตกต่างจากการดูแลในโรงพยาบาล ตรงที่สามารถค้นหาแหล่งทรัพยากรซึ่งอาจมีชุกช่อนอยู่ในชุมชนและยังไม่ได้มีบทบาทอย่างชัดเจน เพื่อสร้างและสนับสนุนให้แหล่งทรัพยากรเหล่านั้นได้มีบทบาทอย่างเข้มแข็งมากขึ้นในการเป็นพันธมิตร (alliances) ด้านการดูแลทางสุขภาพ ซึ่งการใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนดังกล่าวนี้จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยซึ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ต้องถูกทอดทิ้งให้อยู่กับครอบครัวที่ไม่มีความพร้อม โดยไม่ได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะครอบครัวเหล่านี้มักจะได้รับผลกระทบด้านลบทางด้านจิตใจและเกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วยตามมา ซึ่งการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนมาร่วมเป็นพันธมิตรในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนี้ ถือเป็นวิธีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาระที่เกิดขึ้นแก่ครอบครัวและสังคม

ในปัจจุบันมีการให้ความสำคัญกับบทบาทของครอบครัวในโปรแกรมการดูแลด้านสุขภาพจิต และมุมมองว่าครอบครัวคือสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตได้มีการเปลี่ยนแปลงไป โดยบทบาทใหม่ของครอบครัวในปัจจุบันจะขยายจากการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน (day-to-day care) ไปเป็นผู้ดูแลปกป้องและพิทักษ์ประโยชน์ (advocacy) ให้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตในครอบครัวของตน ทั้งนี้การปกป้องและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย จะมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและจิตเวชในบางประเทศ อีกทั้งส่งผลให้เกิดการปรับปรุงการให้บริการ และการพัฒนาเครือข่ายสนับสนุน ในบางประเทศ โดยพบว่าข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายที่ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการดึงครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาและการจัดการในความผิดปกติต่างๆ อาทิ จิตเภท ภาวะปัญญาอ่อน ความซึมเศร้า การติดสารเสพติด และ ความผิดปกติด้านพฤติกรรมในเด็ก นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่ชี้ให้เห็นว่าผลลัพธ์ของการดูแลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งอาศัยอยู่กับครอบครัวจะดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามผลการศึกษามากมายในประเทศแสดงให้เห็นความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่าง การแสดงอารมณ์ “expressed emotion” ของญาติ กับอัตราการกลับเป็นซ้ำที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น การปรับเปลี่ยนบรรยากาศทางอารมณ์ในครอบครัวนำจะนำไปสู่การมีอัตราการกลับเป็นซ้ำที่ลดลงได้ (Leff & Gamble, 1995; Dixon et al., 2000 อ้างถึงในเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2549)

1.5 ประเภทของปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหাসุภาพจิตและพฤติกรรมในชุมชน

การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) เพื่อบริหารจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุภาพจิตและพฤติกรรม สามารถจำแนกออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสามารถเทียบเคียงได้กับ การป้องกันในสามระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (Leavell & Clark, 1965, อ้างถึงในเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2549)

- การป้องกัน (Prevention) ซึ่ง เทียบเคียงได้กับการป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) ประกอบด้วยมาตรการซึ่งเหมาะสมที่มีความเฉพาะกับเชื้อโรคหรือกลุ่มของเชื้อโรค (หรือสาเหตุของความผิดปกติทางจิต นั่นเอง) เพื่อที่จะสกัดกั้นเชื้อโรคหรือสาเหตุที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยนั้น ก่อนที่จะเข้าไปรุกรานบุคคล หรือ เป็นการหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาสุภาพจิต นั่นเอง

- การบำบัดรักษา (Treatment) หรือ การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) หมายถึงมาตรการที่จะจัดการกับเชื้อโรคหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และภาวะผิดปกติที่อาจเกิดหลังจากการเป็นโรค (sequelae) รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ และการเสียชีวิต

- การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) หรือ การดูแลในระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) จะเกี่ยวข้องกับมาตรการที่ให้แกผู้ป่วยซึ่งมีความพิการทางด้านจิตใจหรือผู้ที่ไร้ความสามารถ เพื่อการฟื้นฟูให้มีสภาพที่ใกล้เคียงกับก่อนการเจ็บป่วย หรือ เพื่อให้สามารถใช้ศักยภาพที่ยังเหลืออยู่ได้มากที่สุด จึงต้องเป็นการจัดกระทำกับทั้งสองระดับ คือ ระดับบุคคล และ การจัดกระทำเพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

1.6 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุภาพที่บ้าน ซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุภาพที่บ้าน มีดังนี้ (กัลยานี โนนินทร์, 2542)

1. เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการ ทั้งในผู้ที่มีสุขภาพะดี เจ็บป่วยพิการ หรือป่วยหนัก เพื่อดูแลความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน

2. เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพร่วมกัน

3. เป็นการบริการที่ให้แกผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ไขปัญหาคความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

4. เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
5. เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
6. เป็นบริการที่มีการบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง สถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว
7. เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ก็ใช้หลักการดูแลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านดังกล่าวข้างต้น ซึ่งปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ดังนี้ (Pellertier, 1988; Klebnoff, 1989 อ้างถึงในอรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1. ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด
2. ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน
4. ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด
5. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วน ซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล
6. ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน
7. เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว
8. ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว
9. เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
10. จัดบริการให้ความรู้กับชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีลักษณะเป็นการบริการแบบผสมผสานแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้าน โดยทีมสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้บริการที่บ้านและชุมชน เพื่อให้ได้รับ

บริการอย่างมีคุณภาพ เน้นการบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและชุมชน อีกทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล (Caregivers)

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแล ดังนี้

Davis (1992 อ้างใน คาวรุ่ง หนูแก้ว, 2546) ให้ความหมายว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือผู้ให้การช่วยเหลือหรือดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อบุคคลอื่น โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแล

Orem (1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมาย ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ดังนั้น ผู้ดูแล คือ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้ดูแลอาจมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะสมาชิกในครอบครัว เป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น หรือ บุคคลในวิชาชีพ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแล พิจารณาตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน และลงมือปฏิบัติการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัยและต่อเนื่อง การดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นการดูแลโดยการสร้างสัมพันธภาพ มีความห่วงใยและสนใจมากที่สุด มีความผูกพันและพยายามให้ความใกล้ชิด และแสดงความห่วงใย แต่ก็ยังต้องการการดูแลและคำแนะนำเพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติ จากพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพ พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทในการดูแลครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างเหมาะสมตามสภาพของแต่ละครอบครัว

2.2 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผน 10 (พ.ศ.2550-2554) มีวิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพประชาชน โดยให้คนไทยเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค รวมทั้งอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีความพอเพียงทางสุขภาพ มีการเรียนรู้ มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงต้องถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น ทำให้ต้องได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจากครอบครัวและชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2550)

ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) และเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความรุนแรงและยาวนาน ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือ เนื่องจากเหตุผล 3 ประการ คือ ประการแรกมีข้อจำกัด หรือความบกพร่องทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ประการที่สองปัญหาความพร่องทางความคิด สติปัญญา หรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และประการสุดท้าย มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์และความรู้สึก ซึ่งขึ้นอยู่กับผลกระทบจากโรคที่เป็นอยู่ความบกพร่องเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นคือผู้ดูแลนั่นเอง

ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน โดยมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยไปเรื่อยๆ ซึ่งหน้าที่และภาระต่าง ๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยนั้น ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิตของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยาวนาน (ชานชม วงศ์ชัย, 2546) ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจนั้น มักจะเผชิญกับสภาพปัญหาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ได้แก่

1. ผลกระทบด้านร่างกาย (Physical Impact) จากการที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัว ไม่มีเวลาพักผ่อน เพราะเป็นงานที่ไม่รู้จักจบสิ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลจะรู้สึกอ่อนเพลีย อ่อนล้า ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลดลง (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ทำให้ผู้ดูแลสุขภาพร่างกายทรุดโทรม เกิดความเหนื่อยล้า ประสิทธิภาพการทำงานลดลง (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545) มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคโลหิตจาง สูงกว่าคนอื่นในวัยเดียวกัน และจากการศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2541) พบว่า ผู้ดูแลรับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการใจสั้น ปวดศีรษะ และความดันโลหิตสูง

2. ผลกระทบด้านจิตใจ (Psychological Impact) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางจิต ย่อมเกิดผลกระทบต่อสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล เศร้า และเกิดความรู้สึกเครียด (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดที่รุนแรง เมื่อนำมาท้อแท้ นำไปสู่ความรู้สึกที่หมดหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องเผชิญกับปัญหา

จากการที่ต้องอดทนกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อบทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแล ทำให้เกิดความสับสนใจในการดูแล เครียด ความรู้สึกละอาย รู้สึกอับอาย บางครั้งผู้ดูแลบางรายจะมีอาการเจ็บป่วยและมีปัญหาสุขภาพจิต จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ จากการที่ผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538)

3. **ด้านเศรษฐกิจ** โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลารักษานาน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ในระยะยาวและต่อเนื่อง ทั้งจากค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย จึงเป็นภาระที่หนัก และยุ่งยากสำหรับผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางหรือต่ำ (รัชนิกร อุปเสน, 2541) การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และเงินออมลดลง ทำให้ครอบครัวมีภาระหนี้สิน

จากการศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2541) ที่ศึกษาถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในด้านเศรษฐกิจ พบว่า จากการที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ภายในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลต้องมีการเพิ่มมากขึ้น และเกิดปัญหาด้านการประกอบอาชีพ ต้องสูญเสียกำลังคน เนื่องจากสมาชิกที่อยู่ในวัยทำงานหรือเป็นที่พึ่งของครอบครัวเป็นโรคจิตเภท และยังเป็นภาระของครอบครัวที่จะต้องดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นโรคเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษานาน

4. **ผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship Impact)** โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขาดความเป็นอิสระ ไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามต้องการ ทำให้ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือเข้าร่วมกิจกรรมกิจกรรมทางสังคมลดลง มีเวลาพบปะสังสรรค์กับเพื่อนลดลง (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) ทำให้ผู้ดูแลมีชีวิตความเป็นส่วนตัวลดลง ไม่มีเวลาทำกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพในสังคม

การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำให้ความเป็นอิสระของบุคคลลดน้อยลง เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จึงเป็นภาระแก่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาที่จะทำกิจกรรมส่วนตัว และคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพในสังคม หรือต้องการเวลา เพื่อการผ่อนคลาย และเวลาที่ต้องปฏิบัติบทบาทอื่น ๆ ด้วย

5. **ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (Environment Impact)** การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมต่อผู้ดูแลและบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนด้านความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิตภายในสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ ผู้ป่วยบางรายจะมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร ผู้ดูแลต้องคอยระมัดระวังพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) นอกจากนี้ยังพบว่า การเจ็บป่วยทางจิตทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว

โดยสรุป จะเห็นได้ว่า จากผลกระทบที่มีต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ เกิดจากภาระในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า ย่อมจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย หรือละเลยการช่วยเหลือ รู้สึกยุ่งยากในการทำหน้าที่ดูแล จนทำให้ขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งความไม่รู้และไม่เข้าใจของครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากโรคของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และกลับเป็นซ้ำอีก การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีสุขภาพจิตดี ส่งผลให้มีช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่แข็งแรงขึ้น (ชะฤทธิพงษ์ศรีอนุตรี, 2536)

3. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง มีโอกาสป่วยซ้ำ หรืออาการกำเริบได้บ่อย นโยบายการเปลี่ยนการดูแลจากโรงพยาบาลมาสู่ครอบครัวและชุมชน มีจุดมุ่งหมายในการช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนโดยมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ซึ่งทำให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเข้ามารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล การมีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว เป็นการปฏิบัติหน้าที่นอกเหนือจากบทบาทเดิม ผู้ดูแลต้องเรียนรู้บทบาทใหม่และปรับบทบาทเดิมให้เหมาะสม เพื่อให้ทำหน้าที่ของผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดซึ่งถือว่าเป็นงานที่หนัก เรียกว่า ภาระ (Montgomery, et al., 1985)

3.1 แนวคิดภาระการดูแลของผู้ดูแล

ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2546 ให้ความหมายของคำว่า “ภาระ” หมายถึง ภาระที่หนัก หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ หรือ ความรับผิดชอบ

ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) ให้ความหมายของภาระการดูแล คือ สิ่งที่มีผลกระทบในด้านลบต่อผู้ดูแล โดยแบ่งภาระออกเป็น 1) ภาระตามสภาพจิตใจ ได้แก่ ความอับอาย ความรู้สึกผิดวิตกกังวล ซึมเศร้า เบื่อหน่าย โกรธเคือง ขมขื่น 2) ภาระที่ไม่มีความรู้สึกรวมเกี่ยวข้อง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านการเงิน บทบาท กิจวัตรประจำวัน เวลาพักผ่อน ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและสุขภาพ

Montgomery, et al. (1985) ได้ให้ความหมายของภาระของผู้ดูแลว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายใน ส่วนภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทศนคติ ปฏิกริยาตอบสนอง

ทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ผู้ดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ในที่ต้องดูแลผู้ป่วย

Thomson and Doll (1982) เห็นว่า ภาระของครอบครัวที่เกิดจากการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต หมายถึง ความเดือดร้อนทางด้านจิตใจ ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกขุ่นเคืองใจและรู้สึกว่าแบกรับภาระเกินตัวของสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น

สำหรับแนวความคิดภาระของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยเลือกใช้ คือ แนวความคิดภาระของผู้ดูแลของ Montgomery, et al. (1985) โดยให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 ด้านได้แก่ ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) และภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาระที่เกิดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนี้

3.2.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ และเกิดความเครียดตามมา มีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล (Bull; 1990)

3.2.2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่ถูกคาดหวังว่า จะต้องเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากความใกล้ชิด และหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยให้มีสุขภาพดีขึ้นโดยเร็วที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย มักจะเป็นมารดา ภรรยา รองลงมาคือบุตรสาว พี่และน้องสาว ในขณะที่บิดา สามี บุตรชาย จะเป็นผู้ติดต่อประสานงาน หรือเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน (Davis, 1992)

3.2.3 การศึกษา จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ รวมทั้งมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วยสามารถนำความรู้มาประยุกต์ ใช้ในการเผชิญและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา (Orem, 1985) จะเห็นได้จากการศึกษาของ Greenberg, Greenley, Mckee, Brown, & Griffin-Francell (1993) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทพบว่า การศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2.4 รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนอง ความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Montgomery, Gonyea, & Hooyman (1985) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับภาระของผู้ดูแลสูงอายุที่ต้องพึ่งพา พบว่า ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางลบ

3.2.5 อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้รับรู้ภาระต่างกัน (Cook, et al. 1993) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหา ผู้มีอายุมากกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้ภาระน้อย (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985)

3.2.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัวเพียง 1-2 คน จะมีภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัว 3-8 คน (Crotty & Kuly, 1986)

3.2.7 การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่น จะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Crotty & Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร สามารถช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหา (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985) การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และการสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแล ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของทีปประพิณ สุขเขียว (2543) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุมากจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลน้อย

3.3 การประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแล

เครื่องมือส่วนใหญ่ อาศัยตัวบ่งชี้ภาระสองมิติ คือ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัยซึ่งภาระเชิงปรนัยจะแสดงถึงความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงาน หรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย สามารถประเมินได้ จากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแล (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985)

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ได้นำแบบวัดภาระการดูแล (Caregiver Burden Scale: CBS) ที่ Oberst (1991) สร้างขึ้นเพื่อวัดภาระการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการจัดการกับความเครียดของ Lazarus & Folkman (cited in Oberst, et al., 1989) มาแปลเป็นภาษาไทย

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) สร้างแบบวัดภาระในการดูแลขึ้นจากแนวคิดของ Montgomery, et al., (1985) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มีปัญหาในการดูแลได้แบ่งภาระในการดูแลออกได้ดังนี้ ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) มีเนื้อหาครอบคลุมการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ที่มีผลมาจากประสบการณ์การดูแลประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อเป็นข้อความทางลบทั้งหมด ภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) มีเนื้อหาครอบคลุมด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแล ที่เกิดจากประสบการณ์การดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อเป็นข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12 ลบทั้งหมด

แบบวัดภาระในการดูแลในการวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้แนวคิดภาระของผู้ดูแลของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery, et al., (1985) ซึ่งมองภาระของผู้ดูแลแยก

เป็นสองมิติ คือภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่าเป็นการมองภาวะที่ชัดเจน และครอบคลุมมากที่สุด

3.4 การพยาบาลเพื่อลดภาวะการดูแลของผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองต้องพึ่งพาผู้ดูแลก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบทั้งทางร่างกายและจิตใจผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรมีบทบาทในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ดังนี้

3.4.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient Intervention) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลให้น้อยที่สุด เช่น พฤติกรรมบำบัดต่างๆ การฝึกให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งทักษะด้านกายภาพและการเคลื่อนไหว (Elloit, 1998)

3.4.2 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver Intervention) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลเพื่อลดภาระการดูแล แบ่งออกเป็น

1) การให้ความรู้ (Education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ, 2545) และทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวังและการเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแล เพิ่มความรู้สึกรู้สึกของความพึงพอใจ และเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ (Kasuya, 2000) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดภาระการดูแลได้ เช่น ครุณี กชพรหม (2543) ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

2) การจัดกลุ่มบำบัดประคับประคอง (Support Group) เพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ภาระการดูแล จากการบรรยายหรือการพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่นๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มสนับสนุนเป็นความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แหล่งประโยชน์ และวิธีการแก้ปัญหา Howe & Howe (1987 cited in Cook, 1999) ได้ศึกษาผลของการเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาระการดูแลของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีภาระการดูแลที่ลดลง

3) ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) การทำครอบครัวบำบัดจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วย หรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย

ครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้ และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาให้กับสมาชิกในครอบครัวซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก

4) การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (Develop Family Strength) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญหน้าและความรับผิดชอบความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต และต้องรับภาระหนักในการดูแล จำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนักของทุกวัน รวมทั้งความแข็งแกร่งของความรู้สึกของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจ และเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้เป็นแนวทางในการลดภาระในการดูแล

5) การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา (involving caregiver in treatment) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวเป็นสาเหตุของการเกิดโรค หรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัว สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วม คือ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลของการรักษาผู้ป่วยต่อผู้ดูแล (Elliot, 1998) การสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณโน, 2541) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแล และผลลัพธ์ของการดูแลในทางบวก (Kamer, 1993 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโน, 2541) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือ การมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น การร่วมวางแผนการรักษา และก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาและผลลัพธ์ ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะช่วยลดความแตกต่างหรือช่องว่างระหว่างทีมการรักษาและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญในการรักษานี้ จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และสามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลได้

4. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

4.1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Gordon (1999) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนและควรได้รับการบำบัด

สุวนีย์ เกียรติกิ่งแก้ว (2544) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า คือภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้าสร้อย ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีหลายระดับ เริ่มตั้งแต่มีความเหนื่อยหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง ต้องการหนีความลำบากด้วยการทำร้ายตนเอง

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2545) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็น การที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้มาก ปฏิเสธการสังคมกับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ และอยากตาย

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมดหวัง มีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำห็นตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ไม่มีความหวัง มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง และแยกตัวออกจากสังคม

4.2 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นยังอธิบายได้ไม่ค่อยชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้านั้น มีหลายมิติ ได้แก่ การรับรู้ อารมณ์ แรงจูงใจ และประสบการณ์ทางกายภาพ โดยสิ่งที่พบว่าทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าให้ผู้ดูแล คือ ความคิดด้านลบ (Beck et al., 1961) เช่น ความคิดด้านลบต่อตนเอง เช่น โทษตนเองว่ามีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต คิดว่าตนเองไร้คุณค่าและเป็นที่ยกย่องของสังคมเพราะต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Jungbauer et al., 2003) คิดด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม เช่น รู้สึกว่าตนเองต้องรับภาระอยู่คนเดียวไม่มีใครเข้าใจและไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Barns et al., 1981) และคิดด้านลบต่ออนาคต เช่น คิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเต็มไปดว้ปัญหาอุปสรรค ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาให้หายขาดจึงจำเป็นต้องดูแลอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้เกิดความท้อแท้ สูญเสียความหวังในอนาคต และขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต (วนิดา เปรียญจุม, 2546) โดยผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีอาการสำคัญ คือ ความสิ้นหวัง (Chou, Liu, Chu, 2002) และได้มีการศึกษาถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นผลอันเนื่องมาจากภาระการดูแล และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยในผู้ดูแล (Song, Biegel, & Milligan; 1997) เห็นได้จากการศึกษาของ Rautkis, Koeske, & Tereshko (1995) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ทั้งนี้เพราะการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลาย และมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแล (Lowton, et al., 1989)

4.3 ปัจจัยมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้

4.3.1 อายุ ภาวะซึมเศร้าพบมากขึ้นตามอายุ โดยผู้ดูแลที่มีอายุมาก จะมีประสบการณ์ในชีวิตมากทำให้ผู้ดูแลมีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหาและทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้น ภาวะสุขภาพจะมีความเสื่อมตามวัย ทำให้ไม่สามารถรับบทบาทผู้ดูแลได้นาน (วิลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537)

4.3.2 เพศ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเพศหญิงและเพศชาย จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ต่างกัน เนื่องจากการมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่แตกต่างกัน โดยผู้ดูแลเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน และช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน การรับบทบาทของผู้ดูแลจะสามารถ

ปรับตัวง่าย ส่วนเพศชายถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว หากต้องรับบทบาทผู้ดูแลจะต้องปรับตัวยากกว่า (วิลลาร์ดน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ ชวนชม วงศ์ไชย (2546) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง

4.3.3 ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือญาติคนใดคนหนึ่ง โดยความสัมพันธ์จะมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน ถ้ามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อน จะให้การดูแลเพราะมีความรักความผูกพัน แต่ถ้ามีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน จะเป็นการดูแลที่ปฏิบัติตามหน้าที่ และความจำเป็นมากกว่า จากการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาริกา (2543) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสีย ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าตามมาได้

4.3.4 รายได้ มีผลในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลทำให้เกิดความสุขในชีวิต (Orem, 1985) รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ครอบครัวที่มีรายได้มากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย จะเห็นได้จากการศึกษาของ Montgomery และคณะ (1985) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวมาก จะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย โดยพบว่าผู้ที่มีรายได้น้อยทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

4.3.5 จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล เนื่องจากการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลัก ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ จะทำให้มีการแบ่ง ความรับผิดชอบ และให้การช่วยเหลือสนับสนุนต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (จอม สุวรรณ โณ, 2541) แต่ในทางกลับกัน ถ้าสมาชิกครอบครัวมีน้อย ทำให้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบผู้ป่วยจิตเภทอยู่ตามลำพัง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีภาระในการดูแลมาก (ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) เกิดความเครียดจากการดูแล ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

4.3.6 การสนับสนุนทางสังคม หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ผู้ดูแลจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ (Rauktis, Koeske, & Tereshko, 1995)

4.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือการประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นที่นิยมใช้มีดังนี้ (Beeber, 1996; Kaplan & Sadock, 1989 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) คือ

1) Hamiton Rating Scale for Depression สร้างขึ้นโดย Hamiton ในปี ค.ศ.1960 มีการปรับปรุงต่อมาในปี 1967 แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ ผู้ที่ใช้แบบประเมินนี้ต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินใจอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และต้องได้รับการฝึกมา

ก่อนจึงจะใช้แบบประเมินได้อย่างเหมาะสม โดยประเมินผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์แบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ ได้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า

2) Zung self-Rating Depression Scale สร้างขึ้นโดย Zung ในปี ค.ศ.1965 แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1 ถึง 4 แบบประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร

3) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale สร้างขึ้นโดย Radloff ในปี ค.ศ.1977 เป็นแบบทดสอบที่สถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา ปรับปรุงรวบรวมมาจากแบบสอบถามภาวะซึมเศร้ามาตรฐานที่ใช้กันแพร่หลาย ของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ ซึ่งใช้ประเมินโดยถามถึงความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนวันหรือสัปดาห์

4) Beck Depressive Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี ค.ศ.1961 การใช้ในตอนแรกโดยการสัมภาษณ์แล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ จากนั้นผู้ถูกสัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบในกระดาษคำตอบ ต่อมาเพื่อตัดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้ถูกสัมภาษณ์จึงให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นผู้ตอบเอง จึงใช้แบบสอบถามแทน เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเอง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย Beck ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman-Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 รายได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ แบบทดสอบนี้ใช้ในการวิจัยมา 25 ปี Beck และคณะ พบว่าเมื่อใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 แบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้ เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษา และมีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ ซึ่งข้อคำถามมีเนื้อหาครอบคลุมนิยามความซึมเศร้าของเบคทั้งทางด้านอารมณ์ เนื้อหาความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม โดยมีเกณฑ์การจัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าดังนี้

- 1-10 ภาวะซึมเศรียรระดับปกติ (Normal)
- 11-16 ภาวะซึมเศรียรระดับน้อย (Mild Depression)
- 17-20 ภาวะซึมเศรียรระดับปานกลาง (Mild-Moderate Depression)
- 21-30 ภาวะซึมเศรียรระดับมาก (Moderate-Severe Depression)
- 31-63 ภาวะซึมเศรียรระดับรุนแรง (Severe Depression)

โดยสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหารและวิจัย

มาก ใช้ได้ทั้งในคลินิกกับผู้ป่วยและในประชาชนทั่วไปเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ซึ่ง มุกดา ศรียงค์ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยแบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ (ขนิษฐา วิเศษสาคร, 2529 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) ต่อมา ชวนชม วงศ์ไชย (2546) ได้นำมาทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับการรักษา หรือมารับยาแทนที่โรงพยาบาลแม่-สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 10 คน แล้วนำค่าคะแนนที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 ซึ่งถือว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ คำถามเข้าใจง่าย คำถามแยกอาการทางจิต และอาการทางกายชัดเจน มีความเที่ยงตรง และมีความเชื่อมั่นสูง

4.5 การพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแล พิจารณาตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน และลงมือปฏิบัติการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัยและต่อเนื่อง การดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นการดูแลโดยการสร้างสัมพันธภาพ มีความห่วงใย และสนใจมากที่สุด มีความผูกพันและพยายามให้ความใกล้ชิด และแสดงความห่วงใย แต่ก็ยังต้องการการดูแลและคำแนะนำเพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติ จากพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพ (ศิริอร สิ้นธุ และ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2542) พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทในการดูแลครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างเหมาะสมตามสภาพของแต่ละครอบครัว

โดยจากการทบทวนวรรณกรรมถึงบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้านั้น พบว่า การทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง เป็นบทบาทที่สำคัญซึ่งจะทำให้พยาบาลค้นพบความต้องการของผู้ดูแลได้ กระบวนการของกลุ่มบำบัดระดับประคองจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความหวัง ทำให้มีความคิดค้นบวกต่อสถานการณ์ต่างๆ และเป็นบทบาทที่พยาบาลจะสามารถนำมาดูแลผู้ดูแลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้ (Chou, Liu, & Chu, 2002)

5. แนวคิดกลุ่มบำบัดระดับประคอง

5.1 ความหมายกลุ่มบำบัดระดับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของกลุ่มบำบัดระดับประคอง (Support Group) ไว้หลายท่านดังนี้

Frisch (2002) กล่าวว่า กลุ่มบำบัดระดับประคองเป็นการรวมกลุ่มของบุคคล ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ที่มีเป้าหมายในการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในด้านความรู้และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2527) อธิบายว่า กลุ่มบำบัดระดับประคอง เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้บำบัดรักษาผู้รับบริการที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ หรือด้านพฤติกรรมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา และหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

Loomis (1998) ได้กล่าวถึงกลุ่มบำบัดระดับประคองว่าประกอบด้วย 2 กระบวนการ ได้แก่

1. การให้ข้อมูล เป็นการสอนหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ต่างๆ อาจจะใช้วิธีการบอกตรงๆ หรือชี้แนะแนวทาง รวมถึงการแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ความก้าวหน้าของโรค วิธีการเผชิญปัญหา เพื่อนำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม

2. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และสมาชิกในกลุ่มจะเป็นผู้ที่มีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งการพูดคุยกันในกลุ่มจะมีรายละเอียดถึงทักษะในการเผชิญกับปัญหาของแต่ละบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จากผู้ที่เคยมีประสบการณ์กับปัญหานั้นมาแล้ว และช่วยส่งเสริมพฤติกรรมปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาให้กับสมาชิกอื่น

Kinney, et al (1992) กล่าวว่า การทำกลุ่มบำบัดระดับประคองประกอบด้วย แนวคิดพื้นฐาน 2 ประการ คือ การสนับสนุนทางสังคม และกระบวนการกลุ่ม โดยการสนับสนุนทางสังคม เป็นเครือข่ายของบุคคลที่มีความผูกพันและให้การดูแลซึ่งกันและกัน เพื่อสนับสนุนความต้องการของบุคคล ส่วนกระบวนการกลุ่มจะประกอบไปด้วยขั้นตอน 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น หรือระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม

Yalom (1995) กล่าวว่า กลุ่มบำบัดระดับประคอง เป็นการบำบัดแบบหนึ่ง ที่ใช้กลุ่มในการบำบัด เพื่อช่วยเหลือให้สมาชิกปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม กลุ่มบำบัดเป็นการทำงานร่วมกัน ระหว่างผู้บำบัดกับสมาชิกผู้ป่วยจำนวนหลาย ๆ คน กลุ่มจะประกอบด้วย ผู้ป่วยมากกว่า 3 คนขึ้นไป มาทำงานร่วมกัน เพื่อไปสู่เป้าหมายเดียวกัน การดำเนินกลุ่มส่วนใหญ่จะเป็นกระบวนการซึ่งอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม การมีน้ำหนึ่งใจเดียวกันก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด ซึ่งมีพลังได้มากกว่าการบำบัดรายบุคคล

สรุปได้ว่า กลุ่มบำบัดระดับประคอง เป็นวิธีการที่บุคคลตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ที่มีปัญหาสุขภาพที่คล้ายคลึงกันมารวมกลุ่มกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพื่อไปสู่เป้าหมายเดียวกัน

5.2 แนวคิดกลุ่มบำบัดระดับประคองจากการศึกษาของ Chou, Liu & Chu

Chou, Liu & Chu (2002) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มบำบัดระดับประคอง ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. การให้ข้อมูล (Information) จะถูกออกแบบให้ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย
2. การแก้ไขปัญหา (Problem solving) มุ่งเน้นไปที่บทบาทของผู้ดูแลในการลดหรือจำกัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และวิธีที่ผู้ดูแลจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการส่วนบุคคล

3. ทักษะการเผชิญปัญหา (Coping) จะเน้นไปที่การจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยการเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง หรือการจัดการกับอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นตามแต่ละสถานการณ์

4. การสนับสนุน (Support) เป็นกระบวนการที่รวมไปถึงการแบ่งปันความรู้สึกร่วม การแลกเปลี่ยนวิธีการแก้ไขปัญหา และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม

กลุ่มบำบัดระดับประคองที่ถูกออกแบบมาเพื่อลดภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. สมาชิกผู้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดระดับประคองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (75-100%) จำนวนของผู้ดูแลในแต่ละงานวิจัยมีตั้งแต่ 10-289 คน กลุ่มบำบัดระดับประคองส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเปิด คือ สมาชิกสามารถเข้าและออกได้ จำนวนของผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่เกิน 50 คน

2. โครงสร้างกลุ่ม กลุ่มบำบัดระดับประคองส่วนใหญ่พบกันทุกสัปดาห์ แต่ไม่เกิน 8 สัปดาห์ ซึ่งระยะเวลาในการเข้ากลุ่มจะอยู่ระหว่าง 4-20 ครั้ง ๆ ละ 1-2 ชั่วโมง การเข้ากลุ่มส่วนใหญ่จัดขึ้นในชุมชน

3. ผู้นำกลุ่ม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ และนักจิตวิทยา เป็นผู้ถูกเลือกให้เป็นผู้นำกลุ่ม เนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มและมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการกลุ่ม ระหว่างกระบวนการกลุ่มผู้นำกลุ่มเป็นผู้ให้กำลังใจสมาชิก และเรียนรู้ทักษะการเผชิญกับอารมณ์ของผู้ดูแล เป็นผู้ที่ยกย่องช่วยเหลือผู้ดูแลในการสนับสนุนทางอารมณ์

4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง การศึกษาที่ผ่านมาได้กล่าวถึงเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลของกลุ่มบำบัดระดับประคอง คือ Clinical impression แบบประเมิน และเครื่องมือมาตรฐาน จากการศึกษาคlinical impression พบว่าผู้ดูแลจะมีการพัฒนาดังนี้

- 1) สามารถเข้าไปพูดคุยกับผู้อื่นระหว่างพักการทำกลุ่ม
- 2) สามารถกลับไปทำกิจกรรมส่วนตัวที่เคยทำได้

- 3) เพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย
- 4) เกิดความหวังและรู้สึกผิคน้อยลงเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย
- 5) แยกตัวน้อยลงและสามารถระบุบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ป่วยได้
- 6) มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือได้

5.3 กลุ่มบำบัดระดับประคองตามแนวคิดของ Yalom

การทำกลุ่มบำบัดระดับประคองตามแนวคิดของ Yalom (1995) มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกกลุ่มได้มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่น เพื่อช่วยให้สมาชิกภายในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Interpersonal interaction) ซึ่งทำให้สมาชิกแต่ละคนมีการปรับตัว สามารถเข้าใจตนเองมากขึ้น ทำให้เกิดการพัฒนามีความปรองดองกัน มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน เรียนรู้ที่จะให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสม และเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาและอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขในสังคม (สุวนีย์ เกียรติแก้ว, 2538) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้คือ

5.3.1 ประเภทกลุ่มโดยทั่วไปมี 2 แบบ คือ กลุ่มแบบปิด หมายถึงกลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกัน ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม และกลุ่มแบบเปิด หมายถึงกลุ่มที่มีสมาชิกบางคนออกไปแล้วและรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่เป็นระยะ จนกระทั่งปิดกลุ่ม

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยให้มีโครงสร้างของกลุ่มเป็นแบบปิด เพื่อให้มีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ในการที่จะแก้ไขปัญหา ลดภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าให้กับสมาชิกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียว การมีสมาชิกใหม่เข้ามาอาจขัดขวางต่อการพัฒนากลุ่มได้ (Yalom, 1995)

5.3.2 ขนาดของกลุ่ม ในการทำกลุ่ม จำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่มมีความสำคัญ สมาชิกไม่ควรจะมากหรือน้อยเกินไป เพราะอาจจะเกิดผลต่อการบำบัด ซึ่งจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการบำบัด คือ 8-10 คน ถ้าสมาชิกกลุ่มน้อยเกินไปจะทำให้สมาชิกเกิดความวิตกกังวลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง และถ้าสมาชิกมากเกินไป จะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง (Yalom, 1995)

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้สมาชิกกลุ่มเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนกลุ่มละ 10 คน ทั้งนี้โดยคำนึงถึงโอกาสที่สมาชิกจะมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม เพราะถ้ากลุ่มมีสมาชิกมากเกินไป อาจเกิดกลุ่มย่อยในกลุ่มใหญ่ได้ (Yalom, 1975)

5.3.3 ระยะเวลาและความถี่ของการทำกลุ่ม โดยทั่วไปแล้วระยะเวลาในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง ควรใช้เวลา 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที (Marram, 1978) ความถี่ของการทำกลุ่มที่เหมาะสมคือ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง อย่างน้อยที่สุดควรเข้ากลุ่มไม่น้อยกว่า 6-8 ครั้ง (Yalom, 1995)

สำหรับงานวิจัยนี้ ดำเนินการกลุ่ม 5 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการกลุ่มติดต่อกัน 5 สัปดาห์

5.3.4 สถานที่ในการทำกลุ่ม ควรจัดให้มีความเป็นส่วนตัวมีสัดส่วนเฉพาะ (Privacy) เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน สภาพแวดล้อมและบรรยากาศให้ความเหมาะสม ไม่มีกลิ่นหรือเสียงดังรบกวน ห้องไม่แออัด นั่งสบาย

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกสถานที่ในการทำกลุ่มเป็นห้องสำหรับทำกลุ่มของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นห้องที่มีขนาดพอเหมาะ มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก จัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม เว้นระยะห่างพอเหมาะ และก่อนการทำกลุ่มแต่ละครั้ง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกเลือกที่นั่งเองตามความต้องการของสมาชิก

5.3.5 การเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม ไม่มีเกณฑ์แน่นอน โดยทั่วไปขึ้นกับวัตถุประสงค์หลักของการทำกลุ่มมีการพิจารณาดังนี้

1) กลุ่มที่สมาชิกลักษณะเหมือนกัน เป็นผู้ที่มีการเหมือนหรือใกล้เคียงกัน การจัดกลุ่มลักษณะนี้ สมาชิกกลุ่มจะมีปัญหาหรือเรื่องในการเข้ากลุ่มเดียวกัน มีความเห็นอกเห็นใจกันและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้เท่าๆกัน ไม่มีการเกิดกลุ่มย่อยหรือแยกกันในกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกเข้ากันได้ง่าย

2) กลุ่มที่สมาชิกลักษณะแตกต่างกัน ทั้งกลุ่มอายุ การเจ็บป่วย อาการแสดง ทำให้ได้ประโยชน์ในด้านการเพิ่มพูนความรู้ประสบการณ์ เพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกมองโลกในแง่บวกต่างๆ ได้หลายมุมจากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

สำหรับงานวิจัยนี้ คัดเลือกสมาชิกตามเกณฑ์คัดเข้า เป็นสมาชิกที่มีลักษณะเหมือนกันเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลาง ถึง มาก

5.3.6 บทบาทผู้นำกลุ่ม บทบาทการเป็นผู้นำกลุ่มบำบัดต้องสร้างความเป็นหนึ่งเดียวในกลุ่ม สนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มมีการพูดคุยกัน โดยไม่มีการกำหนดหัวข้อสนทนา แต่ให้สมาชิกเปิดเผยเรื่องราวต่างๆเองกำหนดข้อตกลงร่วมกัน ช่วยให้สมาชิกเปิดเผยเรื่องที่เก็บกดเอาไว้ ออกมา วิเคราะห์และแปลความหมาย การต่อต้าน (resistance) ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกร่วมมือกับกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกด้วยกัน โดยยึดหลัก “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” และบทบาทการเป็นผู้วิเคราะห์และแปลความหมาย ผู้รักษาต้องใช้การวิเคราะห์และแปลความหมายเป็นเครื่องมือในการพัฒนาความสามารถของกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม และให้เข้าใจตนเอง อาจช่วยเชื่อมโยงด้วยเทคนิค Carification and Conformtation ซึ่งมีดังนี้

1) การใช้คำถามและการดำเนินกลุ่ม ควรใช้คำถามปลายเปิดให้อิสระแก่สมาชิกในการแสดงความคิดเห็น ภายใต้ขอบเขตกลุ่ม

2) ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่จัดการความเป็นไปของกลุ่ม คอยประสานความของกลุ่มเพื่อให้กลุ่มดำเนินไปได้อย่างมีชีวิตชีวา และตามจุดหมาย บางครั้งต้องจำกัดสิทธิและพฤติกรรมของสมาชิก (setting limited) ให้สมาชิกดูถูกของกลุ่มและนำกลุ่มไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

3) ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหา การสื่อสารความหมายให้ชัดเจน อาจซักถามย้อนกลับถ้าไม่แน่ใจว่าเข้าใจถูกต้อง

4) กระตุ้นสมาชิกที่เฉยเมยให้มีส่วนร่วมมากขึ้น หรือถ้าสมาชิกผูกขาดการสนทนาแต่ผู้เดียว ผู้นำกลุ่มต้องหาทางยับยั้งพฤติกรรมนั้น และหาทางให้กลุ่มมีส่วนร่วมในบทบาทของสมาชิกทั้งสองด้วย

5) เป็นแบบอย่างที่ดีในด้านมนุษยสัมพันธ์ ด้านการสื่อสารที่ชัดเจน ด้านการให้ความช่วยเหลือ สำหรับกลุ่มจิตบำบัดนั้น ผู้นำบำบัดต้องแสดงบทบาทเป็นผู้นำกลุ่ม และเป็นผู้วิเคราะห์ แปลความหมาย

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มด้วยตนเองตั้งแต่การดำเนินกลุ่มครั้งแรกจนถึงสิ้นสุดกลุ่ม

5.3.7 ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม

1) ช่วยผู้นำกลุ่มในการเตรียมกิจกรรม สถานที่ อุปกรณ์ และการเตรียมสมาชิกในการเข้ากลุ่ม

2) ช่วยสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม

3) ช่วยสนับสนุนผู้นำกลุ่มกระตุ้นสมาชิกกลุ่มให้แสดงความคิดเห็นให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความมั่นใจ

4) บันทึกการทำกลุ่ม สังเกตการดำเนินงานของกลุ่ม สังเกตพฤติกรรมสมาชิกกลุ่ม สังเกตการพัฒนาการกลุ่ม/กระบวนการกลุ่มและถอดข้อความจากเทปบันทึกกลุ่ม

5) ร่วมวิเคราะห์และแปลความหมาย และประเมินผลการทำกลุ่ม

ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 1 คน เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และเป็นผู้ช่วยสังเกตและจดบันทึกพัฒนาการกลุ่ม

5.4 เป้าหมายของกลุ่มบำบัดระดับประคอง

Yalom (1995) ได้เสนอแนวคิดในการตั้งเป้าหมายของกลุ่มบำบัดระดับประคองดังนี้

5.4.1 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้อยู่ร่วมกันตลอดการรักษา การรักษาแบบกลุ่มถือเป็นแขนงหนึ่งของการรักษา เมื่อสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มแล้ว จะทำให้ได้ประสบการณ์การรักษาที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และเกิดความรู้สึกสบายใจขึ้น มองเห็นคุณค่าของการบำบัดด้วยกลุ่ม

5.4.2 เพื่อให้สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัด เกิดการเรียนรู้ว่าการได้พบระบายในกลุ่ม เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเอง และเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เกิดปัจจัยบำบัด การมีความเป็นสากล คือ ความรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้เป็นคนเดียวที่มีปัญหา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถตัดความคิดเชิงลบ ของตนเองออกไปได้

5.4.3 เพื่อให้สมาชิกสำรวจปัญหา สาเหตุของการเกิดปัญหาและหาแนวทางในการ แก้ไขปัญหา เกิดการยอมรับว่าตนเองเกี่ยวข้องกับปัญหาอย่างไร ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้พฤติกรรม การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่เป็นปัญหา และเกิดประสบการณ์ในการแก้ปัญหา

5.4.4 เพื่อช่วยให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น การให้ข้อมูลซึ่ง กันและกัน และมีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

5.5 ปัจจัยบำบัด (Curative Factors)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะการดูแลและภาวะ ซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก กลุ่ม และมีผลช่วยให้เกิดประโยชน์แก่กลุ่ม ก่อให้กลุ่มมีความเจริญงอกงาม และพัฒนาการที่ดี ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ เหมาะสม ถือว่าเป็นปัจจัยบำบัด โดยปัจจัยบำบัดนั้นเกิดขึ้น และทำงานพร้อม ๆ กันไป ต่างก็ สนับสนุนซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การเกิดปัจจัยบำบัดในกลุ่มนั้นขึ้นอยู่กับ เวลา และลักษณะของสมาชิกกลุ่ม ซึ่ง Yalom (1975) ได้สรุปปัจจัยบำบัดไว้ดังนี้ คือ

1. การให้ข้อมูล (*Imparting of information*) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็น การแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกหรือจากผู้นำไปสู่กลุ่ม มีการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหานั้นภายในกลุ่ม ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นความจริงและกระชับ การให้ข้อมูลที่เป็นจริงจำเป็นมากที่ต้องให้ใน ระยะแรกของการทำกลุ่ม เพื่อเตรียมสมาชิกกลุ่มและสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกลุ่มด้วย

2. การมีความหวัง (*Instillation of Hope*) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมด หวังในชีวิต เกิดความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่า อาจจะมียุติที่ดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้ เมื่อได้ เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาขึ้นในทางที่ดี

3. การมีความเป็นสากล (*Universality*) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้ตระหนักว่าคน ทุกคนมีปัญหาเหมือนกันหมด ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา ความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียวก็ จะลดลง และเกิดความรู้สึกใหม่ว่าเขาไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ เขายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมี ปัญหาเช่นเดียวกัน

4. การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (*Altruism*) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมกันในการแก้ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น ๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเอง ทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง

5. ความรู้สึกเสมือนว่าเป็นครอบครัวเดียวกัน (*The Corrective Recapitulation of Primary Family Group Member*) สถานการณ์จำลองในกลุ่มนั้นคล้ายกับสถานการณ์ในครอบครัว ซึ่งจะทำให้สมาชิก ซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่ม นึกถึงปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวของตนเอง และแสดงพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหาออกมา ซึ่งอาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กลุ่มจึงต้องเสนอแนะ พฤติกรรมที่เหมาะสมต่อสมาชิก ทำให้ในกลุ่มได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมที่เหมาะสม และเรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างถูกต้อง

6. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (*Development of Socializing Techniques*) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิก เกิดทักษะการยอมรับ การสะท้อนกลับ (feed back) เกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคคล ทำให้สมาชิกมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้เรียนรู้ทักษะทางสังคม รวมทั้งเรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อสมาชิก เมื่อนำไปใช้กับสังคมภายนอกต่อไป เช่น มีการยิ้มทักทาย พุดคุยกันก่อนและหลังการเข้ากลุ่ม

7. การได้เลียนแบบพฤติกรรม (*Imitative Behavior*) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้มีโอกาสเรียนรู้และลอกเลียนแบบพฤติกรรมจากสมาชิกคนอื่น และผู้นำกลุ่ม ทั้งการนั่ง การพูด การเดิน ซึ่งนำมาประยุกต์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ แต่ถ้าสมาชิกทำตามผู้อื่น โดยไม่รู้ตัว อาจทำให้เขาเกิดสับสนได้ กลุ่มต้องนำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้น มาวิเคราะห์ร่วมกัน ซึ่งบางพฤติกรรมไม่ต้องแก้ไขในกลุ่มอาจทำเป็นการส่วนตัวได้

8. การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (*Interpersonal Learning*) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกต่อผู้อื่น (Transference) คือบุคคลมักจะรับรู้เกี่ยวกับบุคคลอื่นบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ผู้นำกลุ่มต้องให้สมาชิกมองปัญหาหลายๆ ด้าน เทคนิคนี้ต้องทำตั้งแต่ระยะแรก ๆ โดยประเมินความวิตกกังวลของสมาชิกด้วย ให้ความวิตกกังวลลดลงแล้วสมาชิกจะเปิดเผยตนเองมากขึ้น การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้ว่า ตนเองพูดและแสดงความคิดเห็นอะไรกับกลุ่ม รู้ว่าผู้อื่นคิดอย่างไรต่อตนเอง ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้ว่าเขาเป็นอย่างไร การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกได้เรียนรู้และมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ เพิ่มขึ้น และนำไปปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น ช่วยให้การเรียนรู้การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่น มีความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น

9. การได้ระบายออก (*Catharsis*) การให้สมาชิกได้ระบายออก (Ventilation) และแสดงออกถึงอารมณ์ลึก ๆ ทั้งทางบวกและทางลบในกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจและคลายความวิตกกังวล การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้ระบายออกในสิ่งที่ดีและไม่ดีกับความคับข้องใจ ภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มให้ได้รับฟัง ซึ่งถ้ากลุ่มมีความผูกพันทางจิตใจสูง สมาชิกจะมีการได้ระบายออก และการเปิดเผยตนเองสูงด้วย มองดูโลกด้วยใจที่เป็นกลาง ทำให้เข้าใจชีวิต และส่งผลให้มีพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ในทางที่ดี มีแนวทางในการแก้ปัญหา

10. การผูกพันจิตใจต่อกัน (*Group Cohesiveness*) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน กล้าที่จะร่วมเปิดเผยตนเอง มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกัน ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างหมดไป

11. การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (*Existential Factors*) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกได้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตว่าบางครั้งก็สมหวัง บางครั้งก็ผิดหวัง ทุกสิ่งมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกจากกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ เกิดความเชื่อมั่นและมีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้ความรู้สึกต่ำต้อย เสียใจ ท้อแท้กับชีวิตตนเองลดลงหรือหมดไป สมาชิกจะดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุข

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มบำบัดระดับประคอง

ปานจันทร์ อิ่มหน้า (2547) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มสนับสนุนต่อความเหนื่อยล้าของสตรีที่เป็นมะเร็งระบบสืบพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่เป็นมะเร็งระบบสืบพันธุ์ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน ศูนย์ป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลำปาง จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย และกลุ่มทดลอง 15 ราย พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนค่าความเหนื่อยล้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ครุณี คชพรหม (2543) ศึกษาถึงผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในกลุ่มผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน พบว่า ภาวะเชิงประณัยและเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Cook, Heller, & Pickett-Schenk (1999) ศึกษาถึงผลของกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะการดูแลของบิดามารดาของผู้ป่วยจิตเวช ในกลุ่มบิดามารดาของผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 86 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มในเขตเมือง Chicago และบริเวณใกล้เคียงแบ่งเป็น 12 กลุ่ม และกลุ่มที่ 2 คือกลุ่มในเขตชนบททางใต้ของ Illinois แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยมีผู้มีความเชี่ยวชาญเป็นผู้นำกลุ่ม 4 กลุ่ม และ 10 กลุ่มมีผู้นำเป็นครอบครัวผู้ดูแล ระยะเวลาในการทำกลุ่ม แบ่งเป็น 12 กลุ่มพบกันเดือนละ 1 ครั้ง อีก 2 กลุ่มพบกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบว่า กลุ่มบำบัดระดับประคอง ทำให้ระดับภาวะการดูแลลดลง

Chou, Liu, & Chu (2002) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีการศึกษาใน 3 ตัวแปร คือ ภาวะการดูแล ภาวะซึมเศร้า และความพึงพอใจในบริการ โดย

การทำกลุ่ม 8 ครั้ง ๆ ละ 1 ½ ชั่วโมง 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 2 เดือน พบว่าหลังเข้ากลุ่มบำบัด ประคับประคองผู้ดูแลมีการดูแล และระดับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Chien, Chan, & Thompson (2006) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดประคับประคองในครอบครัว ชาวจีนของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในครอบครัวชาวจีนของผู้ป่วยจิตเภท 96 ครอบครัว ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยทำกลุ่มทั้งหมดรวม 6 เดือน และมีการติดตามผลใน 18 เดือนต่อมา พบว่ากลุ่มบำบัดประคับประคองมีประสิทธิภาพในการพัฒนาด้านการทำหน้าที่ และภาระของผู้ดูแล ทั้งยังพบว่าจำนวนการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

Spiegel et al. (1981) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ ในระยะแพร่กระจายจำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 24 คน และกลุ่มทดลอง 34 คน ดำเนินกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที เป็นเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มทดลองมีความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า ความสับสนลดลง และมีทักษะในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น

งานวิจัยเกี่ยวกับภาระการดูแล

ทิปประพิณ สุขเขียว (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 120 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของแรงงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

รัชนิกร อุปเสน (2544) ได้ทำการศึกษายาทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ที่อยู่ในเขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 10 คน โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีบทบาทผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านตามการดูแลที่จำเป็น โดยทั่วไป ส่วนการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ โดยญาติผู้ดูแลแสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือ และบทบาทผู้จัดการดูแล และพบว่า ในบางครั้งผู้ดูแลไม่แสดงบทบาทใด ๆ ส่วนภาระในการดูแลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล พบภาระในเชิงรูปธรรม คือ ในด้านการพักผ่อน สุขภาพกาย สุขภาพจิต และภาวะเศรษฐกิจ ส่วนในด้านปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับบุคคลอื่น ผู้ดูแลไม่ได้รับผลกระทบใดๆ และความรู้สึกเป็นภาระในเชิงนามธรรม พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ทูลภา บุญผาสังข์ (2545) ศึกษาถึงภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 60 คน โดยใช้แบบสอบถามภาวะการดูแลของ Montgomery, Gonyea, & Hooyman (1985) คัดแปลและแปลเป็นภาษาไทยโดย เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์ (2539) พบว่า ภาวะเชิงปรนัยกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนภาวะเชิงอัตนัย ไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ภาวะเชิงปรนัยและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลร่วมทำนายการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 23.1

จิราพร รักการ (2549) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน พบว่า ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครบถ้วนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครบถ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Greenberg, Greenley, McKee, Brown, & Griffin-Francell (1993) ศึกษาถึงผลของภาวะเชิงอัตนัยต่อภาวะสุขภาพของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวน 90 ราย พบว่า ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) และความรู้สึกวิตกกังวล (Worry) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพร่างกายของมารดา

Thompson, & Doll (1982) ได้สำรวจความคิดเห็นจากญาติผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 125 ราย ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกวุ่นวายมากกว่าคนแบกภาระหนัก ร้อยละ 72 มีความรู้สึกอับอาย ร้อยละ 46 รู้สึกเหมือนติดกับ ร้อยละ 42 ขุ่นเคืองใจ ร้อยละ 40 ขาดการเอาใจใส่ต่อสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 30

Dyck, Short, & Vitaliano (1999) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 70 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อาการทางบวกของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และพบว่า เพศชายจะรับรู้ภาวะการดูแลน้อยกว่าเพศหญิง

งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ทมาภรณ์ บุรณสมภพ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม โดยได้ทำการศึกษาใน ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรมที่มาขอรับคำปรึกษาจากศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก จำนวน 20 คน โดยพบกับภรรยา 1 ครั้ง/ สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Cohen, & Eisdorfer (1988) ศึกษาถึงระดับภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแล ผู้ป่วยทางจิตเวช โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองของ Beck พบว่าผู้ดูแลหลักมีภาวะ ซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 55

Taj, Hameed, Mufti, Khan, & Rehman (2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ในแผนกผู้ป่วยจิตเวช เป็นเวลา 3 เดือน ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน แบ่งเป็นชาย 20 คน หญิง 20 คนโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck พบว่าทั้งสองกลุ่มมี ภาวะซึมเศร้าระดับสูง

Basheer, Niazi, Minhas, Ali, & Najam (2005) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลใน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในแผนกผู้ป่วยนอกตั้งแต่เดือนมกราคม-เมษายน 2004 เป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยศึกษาในผู้ดูแลหลักจำนวน 50 คน แบ่งเป็นชาย 25 คน เป็นหญิง 25 คน โดยใช้ Hamilton Rating Scale ในการประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีระดับ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในระดับสูง

Song, Biegel, & Milligan. (1997) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เวช ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 103 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ ที่สุดที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า และภาระการดูแลก็มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล คือ ถ้าผู้ดูแลรับรู้ ภาระการดูแลมาก ก็จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าสูงด้วย หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและ ผู้ดูแลขาดการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจะ ส่งผลไปสู่ภาวะซึมเศร้าและภาระการดูแลได้

7. โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากแนวคิดกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ของ Yalom (1995) และการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่ม บำบัดระดับประจักษ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะนำโปรแกรมกลุ่ม บำบัดระดับประจักษ์มาใช้ โดยประยุกต์มาจากโปรแกรมของ Chou, Liu & Chu (2002) ซึ่งเน้น

กระบวนการเกี่ยวกับ **การให้ข้อมูล** ให้ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย **การแก้ไขปัญหา** มุ่งเน้นไปที่บทบาทของผู้ดูแลในการลดหรือกำจัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และวิธีที่ผู้ดูแลจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการส่วนบุคคล **ทักษะการเผชิญปัญหา** จะเน้นไปที่การจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยการเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง หรือการจัดการกับอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นตามแต่ละสถานการณ์ และ **การสนับสนุน** เป็นกระบวนการที่รวมไปถึงการแบ่งปันความรู้สึก การแลกเปลี่ยนวิธีการแก้ไขปัญหา และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม ซึ่งกระบวนการต่าง ๆ จะมุ่งเน้นในการจัดการกับความรู้สึก ความสิ้นหวังซึ่งเป็นอาการสำคัญของภาวะซึมเศร้า ให้สมาชิกมีความหวัง และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกถึงการสนับสนุนทางสังคม ที่จะส่งผลให้ภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งจัดให้มีการดำเนินการกลุ่ม 8 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที โดยจัดให้มีการดำเนินการกลุ่มติดต่อกัน 5 สัปดาห์

ในการนำแนวคิดและการศึกษาดังข้างต้นมาใช้นั้น ผู้วิจัยจึงได้มีการนำมาประยุกต์เพื่อจัดทำเป็นโปรแกรมในการช่วยเหลือ เพื่อลดภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะประกอบไปด้วยสาระสำคัญและจำนวนครั้งในการดำเนินการกลุ่มเหมือนในการศึกษาของ Chou, Liu & Chu (2002) แต่จะมีการปรับเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทในการศึกษาเรื่องนี้ โดยสิ่งที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาให้แตกต่างไปจากเดิม ดังนี้ มีการเพิ่มเนื้อหาในการดำเนินกลุ่มครั้งที่ 5 ด้วยการเพิ่มการพัฒนาทักษะการสื่อสาร เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีทักษะในการสื่อสารเพื่อจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง และเลือกวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, et al., 1985) และการดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 6 เพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความคิดทางลบ เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงเพิ่มการจัดการกับความคิดทางลบ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นไปในทางบวก ทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกมีความหวัง เพิ่มแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยจัดให้มีการดำเนินการกลุ่ม 8 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที โดยใช้ระยะเวลาติดต่อกันทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 2-3 แบ่งช่วงเช้าและบ่าย สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 4-5 แบ่งช่วงเช้าและบ่าย สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 5 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 7-8 แบ่งช่วงเช้าและบ่าย ดังนี้

ครั้งที่ 1 แนะนำกลุ่ม วัตถุประสงค์ กฎ และข้อบังคับต่าง ๆ ครอบคลุมถึงเป้าหมายของการดำเนินการกลุ่ม เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และให้สมาชิกได้เปิดเผยเรื่องราวของตนเอง

ครั้งที่ 2 สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเองต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้สมาชิกได้สำรวจและทบทวนความรู้สึกของตนเอง

ครั้งที่ 3 ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก และการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมนั้น สมาชิกร่วมกันอภิปราย และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

ครั้งที่ 4 สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการแสดงออก และพฤติกรรมทั่วไปที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เสริมสร้างความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ การดำเนินของโรค แนวทางการดูแลรักษา การใช้ยา

ครั้งที่ 5 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการกับการแสดงออกและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย รวมทั้งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

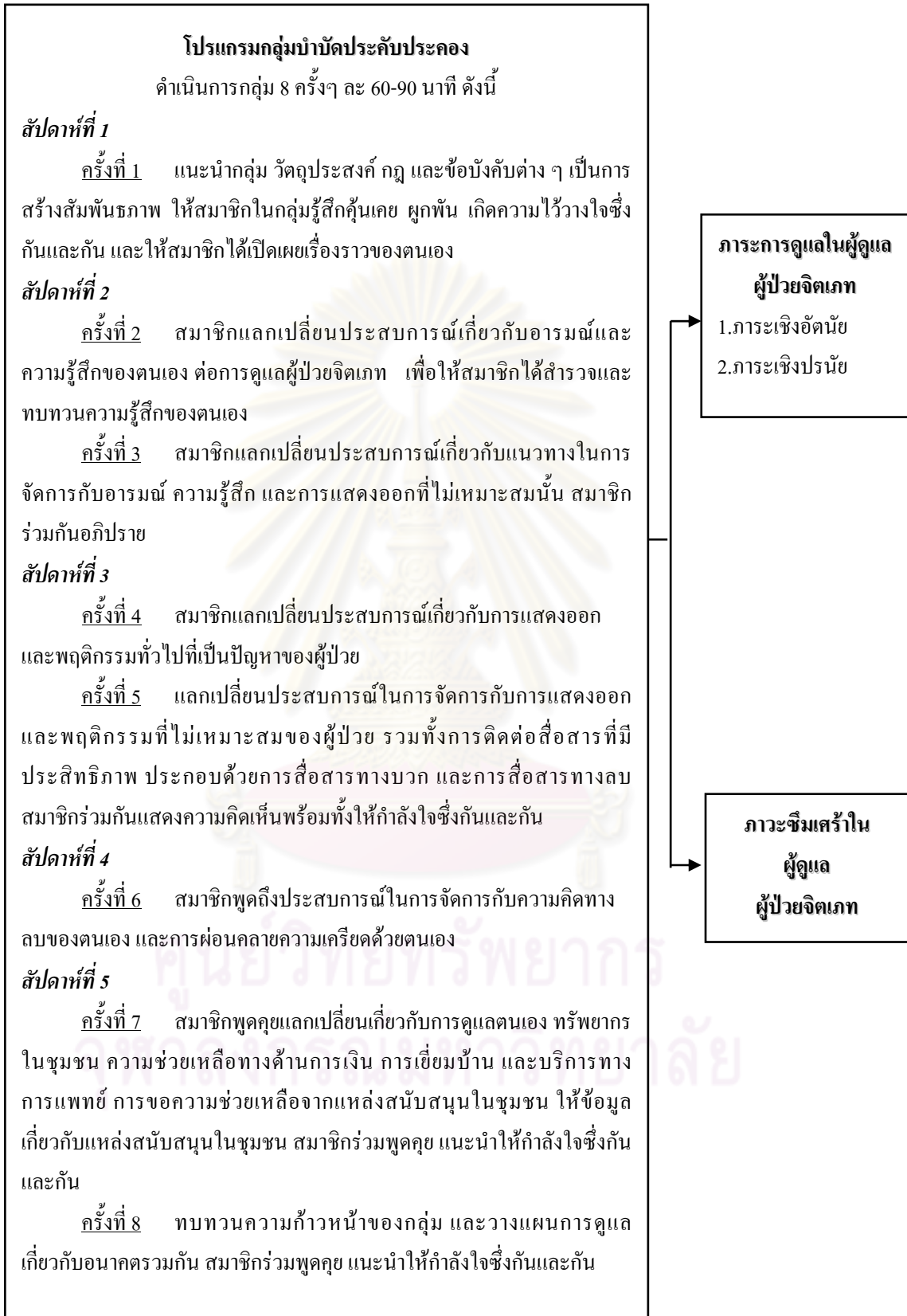
ครั้งที่ 6 สมาชิกพูดถึงประสบการณ์ในการจัดการกับความคิดทางลบของตนเอง การผ่อนคลายความเครียด และการดูแลตนเองด้านร่างกาย สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นพร้อมทั้งให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

ครั้งที่ 7 สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับทรัพยากรในชุมชน ความช่วยเหลือทางการเงิน การเยี่ยมบ้าน และบริการทางการแพทย์ การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน

ครั้งที่ 8 ทบทวนการทำกลุ่มในสัปดาห์ที่ผ่านมา และวางแผนเกี่ยวกับอนาคต ซึ่งในการดำเนินการกลุ่มในแต่ละครั้ง ตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองทั้ง 8 ครั้ง ประกอบด้วย การดำเนินการตามกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มกลุ่ม ระยะทำงานร่วมกัน และระยะยุติกลุ่ม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าลดลง โดยแสดงให้เห็นตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังต่อไปนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการศึกษา (The pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้



O₁ หมายถึง การวัดภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง

O₂ หมายถึง การวัดภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง

O₃ หมายถึง การวัดภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₄ หมายถึง การวัดภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง การทดลองโดยใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยมีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดขอนแก่น
3. เป็นผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือรางวัลตอบแทนใดๆ
4. มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงมาก (คือ มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่าง 17-30 คะแนน) ด้วยการประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck
5. ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูดและการมองเห็น
6. พูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ
7. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ (matched pair) ตามเพศ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพื่อจำแนกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ภายหลังจากโครงร่างวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคณะและได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในช่วงเวลาที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่
2. หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ โดยการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ผู้วิจัยจึงจับคู่ตามเพศและประเภทของความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง เนื่องจากพบว่าตัวแปรทั้ง 2 ตัว มีผลต่อภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537; เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543; Davis, 1992) โดยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์ข้างต้น โดยจัดให้ผู้ดูแลจำนวน 25 คนแรกเป็นกลุ่มทดลอง เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากับหลักเกณฑ์มีจำนวนไม่มากพอที่จะคัดเลือกให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ในครั้งเดียวกัน ผู้วิจัยจึงเลือกผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อน แล้วจึงเลือกผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่มีเพศและประเภทของความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกลุ่มทดลอง จนกระทั่งได้ผู้ดูแลครบ

จำนวน 25 คู่ แต่ระหว่างดำเนินการทดลองมีผู้ดูแลบางคนไม่สามารถมาร่วมกลุ่มได้ครบทั้ง 5 สัปดาห์ จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาครบตามโปรแกรมทั้งสิ้น 20 คู่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามเพศและประเภทของความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	เพศ		ระดับความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	หญิง	หญิง	มารดา	มารดา
2	หญิง	หญิง	มารดา	มารดา
3	ชาย	ชาย	พี่ชาย	น้องชาย
4	หญิง	หญิง	บุตรสาว	บุตรสาว
5	หญิง	หญิง	มารดา	มารดา
6	ชาย	ชาย	บิดา	บิดา
7	หญิง	หญิง	มารดา	มารดา
8	ชาย	ชาย	บุตรชาย	บุตรชาย
9	หญิง	หญิง	บุตรสาว	บุตรสาว
10	หญิง	หญิง	มารดา	มารดา
11	หญิง	หญิง	มารดา	มารดา
12	หญิง	หญิง	บุตรสาว	บุตรสาว
13	หญิง	หญิง	มารดา	มารดา
14	หญิง	หญิง	ภรรยา	ภรรยา
15	หญิง	หญิง	มารดา	มารดา
16	หญิง	หญิง	มารดา	มารดา
17	หญิง	หญิง	มารดา	มารดา
18	หญิง	หญิง	ภรรยา	ภรรยา
19	หญิง	หญิง	มารดา	มารดา
20	ชาย	ชาย	บิดา	บิดา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 แบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง 2 ชุด คือ
 - 3.1 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง เป็นเครื่องมือซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลโดยใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่ออาการและการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบการทำกลุ่มบำบัดระดับประคอง และศึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นต้นเหตุของอาการและการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.2 สร้างโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง โดยการประยุกต์กระบวนการกลุ่มบำบัดระดับประคองตามการศึกษาของ Chou, Liu, & Chu (2002) ซึ่งใช้แนวคิดกลุ่มบำบัดระดับประคองของ Yalom (1995) มีเป้าหมายเพื่อลดอาการและการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน มีทักษะในการเผชิญปัญหา และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม โดยการพัฒนากระบวนการกลุ่มบำบัดระดับประคองตามการศึกษาของ Chou, Liu, & Chu (2002) ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูล (Information) จะถูกออกแบบให้ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย 2) การแก้ไขปัญหา (Problem solving) มุ่งเน้นไปที่บทบาทของผู้ดูแลในการลด หรือจำกัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และวิธีที่ผู้ดูแลจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการส่วนบุคคล 3) ทักษะการเผชิญปัญหา (Coping) จะเน้นไปที่การจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยการเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง หรือการจัดการกับอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นตามแต่ละสถานการณ์ 4) การสนับสนุน (Support) เป็นกระบวนการที่รวมไปถึงการแบ่งปันความรู้สึก การแลกเปลี่ยนวิธีการแก้ไขปัญหา และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยดำเนินการ

ตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ประกอบด้วยการดำเนินการตามกระบวนการกลุ่ม 8 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ในแต่ละครั้ง ประกอบด้วยการดำเนินการตามกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มกลุ่ม ระยะทำงานร่วมกัน และระยะยุติกลุ่ม ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 2-3 แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 4-5 แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 5 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 7-8 แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดำเนินการกลุ่มทีละกลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการเปิดเผยตนเอง

ครั้งที่ 2 ประสบการณ์เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่ 3 การจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่ 4 การแสดงออก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิต

ครั้งที่ 5 การจัดการกับการแสดงออก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิต

ครั้งที่ 6 การจัดการกับความคิดทางลบ และการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

ครั้งที่ 7 การพัฒนาเครือข่ายทางสังคม และการดูแลตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่ 8 ทบทวนการดำเนินกลุ่ม และยุติกลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้น คือ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองทั้ง 8 ครั้ง ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อตรวจสอบเนื้อหา และภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง ความครอบคลุมทางเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของการดำเนินการกลุ่ม ตลอดจนจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินการกลุ่มแต่ละครั้ง โดยผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ ผลการตรวจสอบเครื่องมือ พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นชอบตรงกันผ่านเกณฑ์ 4 ใน 5 ท่าน เกี่ยวกับความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหาในโปรแกรม โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปรับปรุงเพียงเล็กน้อยในบางประการ

จากนั้นผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ 2 ประเด็น คือ

1. ควรปรับเนื้อหาของการดำเนินการกลุ่มบางครั้งที่ให้ครอบคลุมมากขึ้น และใช้ภาษาเขียนที่อ่านเข้าใจง่าย ไม่ใช้ภาษาทางวิชาการมากเกินไป
2. ควรปรับระยะเวลาในการดำเนินการกลุ่มบางครั้งที่ให้เหมาะสม

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไขโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2 ประเด็น ดังนี้ คือ

การดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 1 เพิ่มเติมใบงานที่ 1/1 เหตุผลที่ต้องมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นการให้ผู้ดูแลได้ทบทวนเหตุผลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกลึกซึ้งทางบวกในการดูแลบุคคลในครอบครัว

การดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 6 การจัดการกับความคิดทางลบ และการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง เพิ่มเวลาในการดำเนินการกลุ่ม จาก 60 นาที เป็น 90 นาที เนื่องจาก การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองนั้น ต้องใช้เวลาในการฝึกเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะและสามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวันได้

การดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 7 เพิ่มเติมใบความรู้ที่ 7/2 หน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษาปัญหาด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต และเพิ่มเวลาในการดำเนินการกลุ่ม จาก 60 นาที เป็น 90 นาที เนื่องจากเป็นการดำเนินการที่ให้ผู้ดูแลได้สร้างเครือข่ายในการดูแล ทำให้ต้องใช้เวลาในการพูดคุยแลกเปลี่ยนชื่อ และเบอร์โทรศัพท์ พร้อมทั้งนัดหมายพบกันอย่างไม่เป็นทางการในครั้งต่อไป

จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ที่ปรับแก้แล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับผู้ดูแลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 1 กลุ่ม ซึ่งมีสมาชิกจำนวน 3 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยดำเนินการกลุ่มครบทั้ง 8 ครั้ง หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ที่ปรับแก้แล้ว 8 ครั้ง พบว่า สมาชิกสามารถเข้าใจได้ดี แต่ผู้วิจัยต้องมีการปรับคำพูดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจง่ายขึ้น และต้องมีการยกตัวอย่างเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจเนื้อหาสาระในการดำเนินการกลุ่มมากขึ้น ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุด ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ชุด มี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบวัดภาระการดูแลของ Montgomery, et al. (1985) ที่ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมทางสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งมีเป็นข้อความทางลบทั้งหมด

ภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12

มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด ถึงมากที่สุด สำหรับการวัดภาระการดูแลผู้ป่วยทำโดย ให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อว่าตนเองมีประสบการณ์ ความรู้สึก และความนึกคิดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยว่ามากน้อยเพียงใด คำถามแต่ละข้อจะตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยมากน้อยเพียงใดนั้น ประเมินโดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถามดังนี้

		ข้อความทางลบ		ข้อความทางบวก	
ถ้าเลือก	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

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาระแต่ละด้านแยกกัน และภาระโดยรวม ให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาระการดูแล สำหรับการแปลความหมายของค่าคะแนนใช้เกณฑ์การประเมิน ของ ประคอง กรรมสูตร (2542) โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

การประเมินค่าคะแนน

คะแนน	4.50-5.00	คะแนน	แสดงว่า	มีภาระการดูแลมากที่สุด
คะแนน	3.50-4.49	คะแนน	แสดงว่า	มีภาระการดูแลมาก
คะแนน	2.50-3.49	คะแนน	แสดงว่า	มีภาระการดูแลปานกลาง
คะแนน	1.50-2.49	คะแนน	แสดงว่า	มีภาระการดูแลน้อย
คะแนน	1.00-1.49	คะแนน	แสดงว่า	มีภาระการดูแลน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบวัดภาระการดูแล เป็นแบบวัดของ Montgomery, et al. (1985) ที่ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) นำมาดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทย จากแนวคิด แล้วผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา และคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .94

ความเที่ยง (Reliability) แบบวัดภาระการดูแล เป็นแบบวัดที่ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แพนกผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน นำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมของเครื่องมือเท่ากับ .93 ซึ่งถือว่ามีความเที่ยงสูง

ผู้วิจัยได้คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือซึ่งใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เครื่องมือมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory) ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์ (2522) จำนวน 21 ข้อ ซึ่ง 15 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย

สำหรับการประเมินภาวะซึมเศร้า ทำโดยให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อว่าตนเองมีความรู้สึก และความนึกคิดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยว่าตรง หรือใกล้เคียงกับความรู้สึกใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างน้อยเพียงไร ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ มีค่าคะแนนในแต่ละข้อตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนสูงสุดอยู่ที่ 63 คะแนน ต่ำสุดที่ 0 คะแนน การคิดคะแนนทำได้โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน

การแปลความหมายของค่าคะแนน สามารถแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ ได้ดังนี้

คะแนน 0-10 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ (Normal)

คะแนน 11-16 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild depression)

คะแนน 17-20 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mild-moderate depression)

คะแนน 21-30 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (Moderate-severe depression)

คะแนน 31-63 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2536) ต่อมา ชวนชม วงศ์ไชย (2546) ได้นำมาทดลองใช้กับผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษา หรือมารับยาแทนที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 10 คน แล้วนำค่าคะแนนที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 ซึ่งถือว่าคุณค่าความเที่ยงของแบบสำรวจอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ คำถามเข้าใจง่าย คำถามแยกอาการทางจิต และอาการทางกายชัดเจน มีความเที่ยงตรง และมีความเชื่อมั่นสูง

ผู้วิจัยได้คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือซึ่งใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เครื่องมือมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

3.1 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ จิราพร รักการ (2549) พัฒนามาจากการศึกษาของ ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) และแนวคิดของ House (1980) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ตลอดเวลาถึงไม่เป็นจริงเลย ประกอบด้วยคำถามจำนวน 19 ข้อ โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, และ 4 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 5

2. การสนับสนุนทางวัตถุ จำนวน 4 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวกทั้งหมด

3. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 12, 13, และ 14 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10 และ 11

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, และ 18 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 19

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

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

การคิดคะแนนทำได้โดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการแปลความหมายค่าคะแนนนั้น พิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ โคนนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ แล้วแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง วรรณสูตร, 2542)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสุด

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำสุด

เกณฑ์กำกับการทดลอง

ภายหลังการทดลอง ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์กำกับการทดลองไว้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการสนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลางขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างดีและผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะร่วมกันประเมินปัญหา พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหา และเสริมกระบวนการของกลุ่มบำบัดประคับประคอง จนกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ จิราพร รักการ (2549) พัฒนามาจากการศึกษาของ ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) และแนวคิดของ House (1980) ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .84

ความเที่ยง (Reliability) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบวัดที่ จิราพร รักการ (2549) ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน นำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมของเครื่องมือเท่ากับ .79

ผู้วิจัยได้คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือซึ่งใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เครื่องมือมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

3.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ จิราพร รักการ (2549) พัฒนาขึ้นโดยศึกษาจาก แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้

1. ความหมายของโรคจิตเภท จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 1 ซึ่งเป็นข้อความทางบวก
2. อาการของโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6 และ 7 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3
3. สาเหตุของโรคจิตเภท จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 8, 9, 11 และ 12 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10
4. การดำเนินโรค จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 14 และ ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 13
5. การรักษาโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17 และ 19 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 18 และ 20
6. การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 21, 22, 24, 27, 28, 29 และ 30 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 23, 25 และ 26

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

การคิดคะแนนทำได้โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน

เกณฑ์กำกับการทดลอง

ภายหลังการทดลอง ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์กำกับการทดลองไว้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี ถ้าคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ จนกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ จิราพร รักการ (2549) พัฒนาขึ้นโดยศึกษาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .93

ความเที่ยง (Reliability) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จิราพร รักการ (2549) ตรวจสอบโดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 ราย นำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .80 ซึ่งถือว่ามีความเที่ยงสูง

ผู้วิจัยได้คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือซึ่งใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เครื่องมือมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ และฝึกทักษะในเรื่องของกระบวนการกลุ่ม โดยได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต โดยผู้วิจัยได้ฝึกทักษะในการทำกลุ่มบำบัดแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้มีการศึกษาค้นคว้าทฤษฎีการทำกลุ่มบำบัดระดับประกอบด้วยตนเองเพิ่มเติมจากคู่มือ ตำรา เอกสารงานวิจัย เอกสารวิชาการ และการทำกลุ่มบำบัดระดับประกอบตามการศึกษาของ Chou, Liu & Chu (2002) รวมทั้งปัจจัยบำบัดของ Yalom (1975) ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครบคลุม

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยทำการสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.3 เตรียมสถานที่ในการดำเนินการศึกษา โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสมบูรณ์) และเครื่องมือในการวิจัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อทำการศึกษาและเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา วันเวลาในการจัดกิจกรรม ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการศึกษา เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลประจำตึกกลุ่มบำบัดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล แจงวัน เวลา ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการทดลอง

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และเป็นผู้ช่วยสังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา สอบถามความสมัครใจเบื้องต้นและขออนุญาตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการใช้แบบ

สัมภาษณ์ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไป แบบวัดการดูแล และประเมินภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มตัวอย่าง เก็บไว้เป็นคะแนนก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ ภายหลังการคัดกรองผู้ดูแลซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ได้แล้ว ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาระการดูแลทราบผลการประเมิน พร้อมทบทวนรายละเอียดของโครงการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบอีกครั้ง เพื่อสอบถามความสมัครใจในการร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกจัดให้มีขึ้น เพื่อบริการกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มดำเนินการกลุ่มด้วยตนเองทุกขั้นตอน มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ทำหน้าที่สังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดถึงขั้นตอนการดำเนินการกลุ่มให้กับสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการรับทราบตามกระบวนการกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ทั้ง 8 ครั้ง ดำเนินการกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ในแต่ละครั้งประกอบด้วยการดำเนินการตามกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มกลุ่ม ระยะทำงานร่วมกัน และระยะยุติกลุ่ม โดยใช้ระยะเวลาติดต่อกันทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ แบ่งเป็น สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 2-3 แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 4-5 แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 6 และสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 7-8 แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย โดยดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 19 สิงหาคม 2551 ถึงวันที่ 25 กันยายน 2551 โดยมีรายละเอียดการดำเนินการตามตารางดังนี้

ศูนย์เวชศาสตร์พยากรณ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 การดำเนินการตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์

กิจกรรม	วัน / เวลา ดำเนินการ	
	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2
ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการเปิดเผยตนเอง	19 สิงหาคม 2551 11.00 - 12.00 น.	21 สิงหาคม 2551 11.00 - 12.00 น.
ครั้งที่ 2 ประสบการณ์เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	26 สิงหาคม 2551 11.00 - 12.00 น.	28 สิงหาคม 2551 11.00 - 12.00 น.
ครั้งที่ 3 การจัดการอารมณ์และความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	13.00 – 14.00 น.	13.00 – 14.00 น.
ครั้งที่ 4 การแสดงออก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิต	2 กันยายน 2551 11.00 - 12.00 น.	4 กันยายน 2551 11.00 - 12.00 น.
ครั้งที่ 5 การจัดการกับการแสดงออก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิต	13.00 – 14.00 น.	13.00 – 14.00 น.
ครั้งที่ 6 การจัดการกับความคิดทางลบ และการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง	9 กันยายน 2551 11.00 - 12.00 น.	11 กันยายน 2551 11.00 - 12.00 น.
ครั้งที่ 7 การพัฒนาเครือข่ายทางสังคม และการดูแลตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	16 กันยายน 2551 11.00 - 12.00 น.	18 กันยายน 2551 11.00 - 12.00 น.
ครั้งที่ 8 ทบทวนการดำเนินกลุ่มและยุติกลุ่ม	13.00 – 14.00 น.	13.00 – 14.00 น.

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการเปิดเผยตนเอง

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิก และระหว่างสมาชิกกลุ่มกับผู้วิจัย
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบของการเข้าร่วมกลุ่ม
3. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกเกิดความเป็นเจ้าของของกลุ่มร่วมกัน มีความเป็นกันเอง มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. สมาชิกเปิดเผยเรื่องราวของตนเองในกลุ่ม
3. สมาชิกมีการประคับประคองทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกัน และรู้สึกไม่โดดเดี่ยว

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสนับสนุนทางสังคมชนิดหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการ ได้รับการดูแลในภาวะที่ต้องการการพึ่งพา หรือการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ (Miller, 1992) เป็นกระบวนการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจ และเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง ซึ่งนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ทำให้เกิดการทำงานในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และดำเนินกิจกรรมกลุ่มจนบรรลุวัตถุประสงค์ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็ง ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านปรนัยและอัตินัยลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2545)

การดำเนินกลุ่มในครั้งนี้ เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ และการเปิดเผยตนเอง เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป แนะนำกลุ่ม วัตถุประสงค์ กฎ และข้อบังคับต่าง ๆ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจ และกล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง แนะนำตนเอง และเล่าประสบการณ์ความเป็นมาในการเข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อให้เกิดปัจจัยบำบัดภายในกลุ่ม โดยปัจจัยบำบัดต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยมุ่งหวังจะให้เกิดในการดำเนินกลุ่มในครั้งนี้ ได้แก่ การให้ข้อมูล (Imparting of information) การมีความเป็นสากล (Universality) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of Socializing Techniques) และการได้ระบายออก (Catharsis) เป็นต้น

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1/1 ตารางการดำเนินโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง
2. ใบงานที่ 1/1 เหตุผลในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในครั้งนี้

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกนั่งล้อมเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน
2. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิก โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิก จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเองทีละคน
3. ผู้วิจัยแจ้งให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วม โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง การดำเนินการกลุ่มในแต่ละครั้งโดยย่อ ข้อตกลงในการเข้าร่วมกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม
4. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกเริ่มสนทนาด้วยท่าที่เป็นมิตรต้องสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลาย รับฟังโดยไม่คัดค้านความคิดเห็น ส่งเสริมสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีความคุ้นเคยกัน อบอุ่น ใจกว้างและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
5. ให้สมาชิกทำใบงานที่ 1/1 เหตุผลในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในครั้งนี้
6. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้สนทนาเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่ม ด้วยการให้สมาชิกพูดแนะนำตนเอง และเล่าประสบการณ์ เหตุผลความเป็นมาในการเข้ามาเป็นผู้ดูแล และระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่ม
7. ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญ และให้สมาชิกบอกถึงความรู้สึกที่ได้เข้าร่วมการดำเนินกลุ่มครั้งนี้
8. บันทึกการมีส่วนร่วมของกลุ่ม พร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วม โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง การดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้งโดยย่อ ข้อตกลงในการเข้าร่วมกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกลุ่ม สมาชิกทุกคนให้ความสนใจ และซักถามข้อสงสัยในการดำเนินกลุ่ม สมาชิกส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี ในช่วงแรกมีสมาชิกบางคนไม่ค่อยกล้าพูดหรือแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยจึงต้องคอยกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่ม

และจากการให้สมาชิกทำใบงานเกี่ยวกับเหตุผลที่สมาชิกมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า เหตุผลส่วนใหญ่ที่ทำให้สมาชิกมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับตนเอง เช่น เป็น บิดา มารดา พี่ น้อง และบุตร สมาชิกบางคนมีความสัมพันธ์เป็น

สามี หรือภรรยา กับผู้ป่วย ทำให้สมาชิกไม่สามารถจะทิ้งผู้ป่วย หรือทำเป็นไม่สนใจผู้ป่วยได้ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ยังไงเขาก็เป็นลูกฉัน ถึงเขาเป็นอย่างนี้ ฉันก็รักเขาละ ฉันไม่ทิ้งเขาไปไม่ได้หรอก ถ้าทิ้งเขาไป แล้วใครจะมาดูแลเขาได้ ในเมื่อแม่เขายังไม่ยอมดูแลเลย”

“ถึงเขาเป็นอย่างนี้ ฉันก็รักเขา เราอยู่ด้วยกันมาหลายสิบปี ฉันทิ้งเขาไปไม่ได้หรอก ถึงอย่างไรฉันก็จะดูแลเขาต่อไป”

“จะปล่อยให้เขาเป็นอย่างนี้ได้ยังไง เขาไม่รู้เรื่อง ไม่มีสติ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ฉันคงปล่อยให้เขาไปเดินอยู่ข้างถนน ไม่ได้หรอก ยังไงเราก็มีกันอยู่สองคนพี่น้อง”

“ยังไงเขาก็เป็นพ่อผม ผมไม่มีทางทิ้งเขาหรอก”

จากนั้นผู้วิจัยสรุปถึงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง การดำเนินกลุ่มในแต่ละครั้ง ข้อตกลงในการเข้าร่วมกลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับ แจกวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกลุ่มอีกครั้ง และสรุปถึงสาเหตุที่ทำให้สมาชิกมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้สมาชิกรู้สึกผูกพันจิตใจต่อกัน และทำให้สมาชิกเห็นว่าทุกคนมีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกลุ่มในครั้งต่อไป

จากการดำเนินกลุ่มครั้งที่ 1 พบว่า เกิดปัจจัยบำบัด ดังนี้

1. การให้ข้อมูล (Imparting of information) โดยสมาชิกรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ จากผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำกลุ่ม เช่น “กลุ่มของเราตั้งขึ้นเพื่อให้ทุกคนได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และเสนอแนะแนวทางที่แต่ละคนใช้ในการแก้ไขปัญหา”

2. ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) เช่น มีสมาชิกคนหนึ่งได้พูดว่า “ได้มาเข้ากลุ่มแบบนี้ก็ดีนะ ทำให้รู้ว่ามีคนที่เจอกับปัญหาแบบเราเหมือนกัน” และสมาชิกคนอื่น ๆ พักหน้าแสดง การเห็นด้วย

3. การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) สมาชิกได้เรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ เช่น สมาชิกกลุ่มบางคนมีความมั่นใจมากขึ้นในการสนทนากับกลุ่ม

4. การได้ระบายออก (Catharsis) สมาชิกได้พูดระบายถึงเหตุผลที่ทำให้มาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้

5. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of Socializing Techniques) สมาชิกได้มีการสื่อสาร มีการอิมแพ็คทากายซึ่งกันและกัน

ครั้งที่ 2 ประสบการณ์เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิก และระหว่างผู้วิจัยและสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกของตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มกับผู้วิจัย
2. สมาชิกกลุ่มมีการพูดระบายออกถึงความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแล
3. สมาชิกได้สำรวจตนเอง เข้าใจปัญหาและอารมณ์ความรู้สึกทางบวก และทางลบของตนเองที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. สมาชิกมีการประคับประคองทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกัน

สาระสำคัญ

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเองต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาและความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งการแบ่งปันความรู้สึก และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิก ถือเป็น การสนับสนุน (Support) ซึ่งเป็นหนึ่งในกระบวนการสำคัญของกลุ่มบำบัดประคับประคอง (Chou, Liu, & Chu, 2002) ที่ช่วยทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์มั่นคงในการต่อสู้กับปัญหา ทำให้เกิดการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด (Cohen & Wills, 1985) และส่งผลระยะยาวให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้การดูแลและภาวะซึมเศร้าลดลงได้

การดำเนินการกลุ่มในครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่จัดให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการกระตุ้นให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ให้ผู้ดูแลได้สำรวจอารมณ์ ความรู้สึก และการแสดงออกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลได้เข้าใจปัญหา และความรู้สึกของตนเอง โดยปัจจัยบำบัดต่างๆ ที่ผู้วิจัยมุ่งหวัง จะให้เกิดในการดำเนินกลุ่มในครั้งนี้ ได้แก่ การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) การมีความเป็นสากล (Universality) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of Socializing Techniques) การได้ระบายออก (Catharsis) การความรู้สึกเสมือนว่าเป็นครอบครัวเดียวกัน (The

Corrective Recapitulation of Primary Family Group Member) และการได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential Factors) เป็นต้น

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 อารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบความรู้ที่ 2/2 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกนั่งล้อมเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน
2. ผู้วิจัยกล่าวเปิดกลุ่ม โดยการทักทายสมาชิก สร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลาย โดยพูดเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ในครั้งนี
4. สมาชิกร่วมกันทบทวนข้อตกลงและกติกาของกลุ่ม
5. ผู้วิจัยให้สมาชิกได้สำรวจอารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทของตนเอง โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/1 เพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
6. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกพูดคุยเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทตามใบงานที่ 2/1 ว่าอารมณ์และความรู้สึกใดเป็นทางบวก ทางลบ
7. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นไปที่อารมณ์และความรู้สึกทางลบ ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนกันถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกทางลบนั้น และผลกระทบที่เกิดจากการแสดงออกของอารมณ์และความรู้สึกทางลบ
8. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง ตามใบความรู้ที่ 2/1 และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม
9. หลังจากทีสมาชิกกลุ่มแต่ละคนได้สำรวจอารมณ์และความรู้สึก และผลกระทบของการแสดงอารมณ์ทางลบที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นผู้วิจัยเปิด โอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยอภิปราย แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการดูแล ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ที่เกิดจากการดูแล รวมทั้งผลกระทบในด้านต่าง ๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
10. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง ตามใบความรู้ที่ 2/2 พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย
11. ผู้วิจัยกระตุ้น ให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ร่วมระดับประจักษ์ทางอารมณ์ซึ่งกันและกัน สร้างความไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดี และอบอุ่นต่อกัน

12. ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญของการดำเนินกลุ่มครั้งที่ 2 ประสพการณ์เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และให้สมาชิกสรุปความสำคัญของการเข้ากลุ่ม

13. บันทึกการมีส่วนร่วมของกลุ่ม พร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

จากการให้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน และนำเสนอเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกได้สำรวจความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่มีความรู้สึกทางบวกกับผู้ป่วย ได้แก่ รัก เห็นใจ สงสาร เป็นห่วง และมีความหวังให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ ดังจะเห็นได้จากคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ถึงเค้าเป็นอย่างนี้ ฉันก็ยังรักเขา เวลาที่เขามีอาการ ฉันไม่โกรธเขาหรอก กลับรู้สึกสงสารเขามากกว่า”

“รู้สึกสงสารแม่ อายุเขาก็มามากแล้ว อยากให้เขาหายป่วยเสียที ฉันไม่มีทางทิ้งเขาไปได้อะไร”

“รู้สึกเป็นห่วงเขา ถ้าไม่มีแม่อยู่แล้ว ใครจะดูแลเขาต่อไป เขาจะมีชีวิตอย่างไร อยากให้เขาหายเป็นปกติ แล้วกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม”

มีเพียงสมาชิกบางคนเท่านั้นที่มีความรู้สึกทางลบกับผู้ป่วย ได้แก่ เบื่อ เหนื่อยหน่าย เอือมระอา ท้อแท้ โกรธ ผิดหวัง บางคนรู้สึกโทษตัวเอง และคิดว่าตนเองเป็นคนทำให้ผู้ป่วยเป็นแบบนี้ จะเห็นได้จากคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“เราดูแลเขามานานมากแล้วนะ บางครั้งก็รู้สึกเหนื่อยที่ต้องมารับสภาพเวลาที่เขามีอาการกำเริบขึ้นมา ท้อ ไม่รู้ว่าจะต้องเป็นแบบนี้อีกนานแค่ไหน”

“เป็นเพราะฉันเอง ที่ทำให้ลูกต้องเป็นแบบนี้ ถ้าฉันมีเวลาคอยดูแลเขา เขาก็คงไม่ไปติดเพื่อน แล้วไปเสพยาแบบนี้หรอก”

“กลัวเขาจะทำร้าย เขาเคยทำร้ายเรามาแล้วด้วย กลัวว่าเขาจะทำร้ายหลานๆ ไม่กล้าให้เขาออกไปไหนหรอก กลัวว่าเขาจะไปทำร้ายคนอื่นด้วย”

“ฉันก็มีเขาเป็นลูกคนเดียว เลี้ยงเขามาอย่างดีทุกอย่าง ก็ผิดหวังนะ หวังกับเขาไว้มาก อยากให้เขาหาย จะได้กลับไปเรียนเหมือนเดิม ตอนนี้ก็อยากให้เขาดูแลตัวเองให้ได้”

จากนั้นผู้วิจัยสรุปถึงความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยจิตเภท ทั้งความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกทางลบ ซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อตัวสมาชิกนั้นส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นถึงผลกระทบที่เกิดจากการแสดง

ความรู้สึกทางลบ พบว่า สมาชิกเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของความรู้สึกทางลบ ดังจะเห็นได้จากคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“เวลาที่เราน้อย ๆ ก็ไปพาลใส่เขา คำว่าเขาแรง ๆ”

“โมโหเวลาเห็นเขาเป็นแบบนี้ ก็ค่าเขาเหมือนกัน บางครั้งก็ตีเขา เราเสียใจ ก็ร้องให้ ผิดหวัง ทำไม่ครอบครัวเราต้องมาเจอเรื่องแบบนี้ด้วย”

“เหนื่อย ก็ไม่อยากเห็นเขาเลย ไม่อยากมอง ไม่อยากดูแลเขาด้วยซ้ำ อยากให้เขาตายไปซะ จะได้จบกันไปซะที”

จากนั้นผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกได้พูดคุยเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่มีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ รู้สึกอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับ ผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล เศร้า ท้อแท้ ผลกระทบทางด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ขาดความเป็นอิสระ ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ต้องดูแลความปลอดภัยของตนเองและบุคคลอื่นๆ ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ฉันดูแลเขามาสิบกว่าปีแล้ว ตอนนี่ก็มีหนี้สินเยอะแยะเรื่องค่าเดินทางมารักษาให้เขา มารักษาแต่ละครั้งก็ใช้เวลาทั้งวัน ต้องหยุดงาน ต้องเหมารถรับจ้างให้มาส่ง”

“ฉันไม่ได้ทำงานอะไร เพราะต้องคอยอยู่ดูแลเขาทั้งวัน ไม่ได้ออกไปไหน กลัวว่าเขาจะออกไปทำร้ายคนอื่น บางครั้งก็รู้สึกเหนื่อยนะ นอนไม่หลับ กินอะไรไม่ลง เบื่ออาหาร ไปหมด จะเป็นแบบนี้ไปอีกกี่ปีก็ไม่รู้ เมื่อไหร่จะสิ้นสุดเสียที”

“เห็นเขาเป็นอย่างนี้เราก็ไม่สบายใจ บางครั้งก็ท้อเหมือนกัน หหมดหวัง เขาเป็นมาหลายปีแล้ว คงจะดูแลตัวเองไม่ได้แล้วละ เราก็คงต้องดูแลกันอย่างนี้จนกว่าจะตายจากกัน”

จากนั้นผู้วิจัยสรุปถึงผลกระทบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้สมาชิกรู้สึกได้ว่าสมาชิกทุกคนในกลุ่มมีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการได้สำรวจอารมณ์และความรู้สึกของตนเองที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้สมาชิกเกิดเข้าใจตนเองมากยิ่งขึ้น

จากการดำเนินกลุ่มครั้งที่ 2 พบว่า เกิดปัจจัยบำบัด ดังนี้

1. ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) เช่น มีสมาชิกคนหนึ่งได้พูดว่า “ฉันก็ดูแลเขามาเป็นสิบปีเหมือนกัน ต้องมาดูแลแบบนี้ก็เหนื่อยนะ แต่ก็สงสารเขา อยากให้เขาหายเสียที” สมาชิกคนอื่นๆ พยกหน้าแสดงการเห็นด้วย

2. การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) สมาชิกได้เรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ เช่น สมาชิกกลุ่มบางคนมีความมั่นใจมากขึ้นในการสนทนากับกลุ่ม

3. การได้ระบายออก (Catharsis) สมาชิกได้พูดระบายถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย

4. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of Socializing Techniques) สมาชิกได้มีการสื่อสาร มีการข่มขี้มกทักทายซึ่งกันและกัน

5. การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal Learning)

6. การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) สมาชิกรู้สึกว่าคุณเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม สมาชิกทุกคนกล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกของตนเองที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่ 3 การจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิก และระหว่างผู้วิจัยและสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกมีวิธีการจัดการกับอารมณ์ และความรู้สึกทางลบของตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือ และมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกกลุ่มมีการสำรวจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบของตนเองที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. สมาชิกเรียนรู้วิธีการ ในการจัดการกับอารมณ์ และความรู้สึกที่มีจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากสมาชิกอื่นในกลุ่ม

3. สมาชิกปรับความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเกิดความรู้สึกทางบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท

4. สมาชิกมีการประคับประคองทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกัน

สาระสำคัญ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (Coping) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญของกลุ่มบำบัดประคับประคอง ทำให้ผู้ดูแลมี

ความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบที่มีต่อผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยและการดูแลในทางบวก ส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

การดำเนินการกลุ่มในครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่จัดให้สมาชิกได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเริ่มจากการให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย กระตุ้นให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยปัจจัยบำบัดต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยมุ่งหวังจะให้เกิดในการดำเนินกลุ่มในครั้งนี้ ได้แก่ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) การมีความเป็นสากล (Universality) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of Socializing Techniques) การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal Learning) การได้ระบายออก (Catharsis) การได้เลียนแบบพฤติกรรม (Imitative Behavior) ความรู้สึกเสมือนว่าเป็นครอบครัวเดียวกัน (The Corrective Recapitulation of Primary Family Group Member) การมีความหวัง (Instillation of Hope) และการได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential Factors)

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 การจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบความรู้ที่ 3/1 ความเครียดและการจัดการกับความเครียด
3. ใบงานที่ 3/2 อารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกนั่งล้อมเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน
2. ผู้วิจัยกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม โดยการทักทายสมาชิก สร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลาย โดยพูดเรื่องทั่วๆ ไปก่อน
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ในครั้งนี้
4. สมาชิกร่วมกันทบทวนข้อตกลงและกติกาของกลุ่ม
5. ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนได้ทบทวนอารมณ์และความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามใบงานที่ 2/1 และทบทวนการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยของตนเอง ตามใบงานที่ 3/1
6. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มอภิปราย พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็น “การจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” ตามใบงานที่ 3/1 โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

7. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อการจัดการอารมณ์และความรู้สึกทางลบนั้นว่าเหมาะสมหรือไม่ กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึกทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

8. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม เกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นเรื่องความเครียดและการจัดการกับความเครียด โดยกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเครียดที่เกิดจากการดูแล ถึงสาเหตุ และผลกระทบจากความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

9. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับความเครียด และประสบการณ์ในการผ่อนคลายความเครียดของตนเอง

10. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการกับความเครียดตามใบความรู้ที่ 3/1 และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย

11. ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญและให้สมาชิกสรุปความสำคัญในการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการผ่อนคลายความเครียด ให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/1 อีกครั้ง

12. บันทึกการมีส่วนร่วมของกลุ่ม พร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

จากการให้สมาชิกได้ทบทวนประสบการณ์เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งร่วมกันทำใบงาน และนำเสนอเกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นนั้น พบว่า เมื่อสมาชิกส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกทางลบต่อการดูแลผู้ป่วย สมาชิกมีวิธีการจัดการกับความรู้สึกนั้น โดยการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย หันทำกิจกรรมอื่นแทน เช่น ออกจากบ้านไปพบปะเพื่อนบ้าน ไปทำบุญไหว้พระ มีเพียงสมาชิกบางคนที่จัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบของตนเอง โดยการดื่มเหล้า ดังจะเห็นได้จากพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“เวลารู้สึกเหนื่อย ๆ ก็จะออกไปพูดคุยกับเพื่อนบ้านบ้าง ให้ได้รู้สึกผ่อนคลาย”

“ดูแลเขามานาน ๆ ก็มีที่รู้สึกท้อบ้างนะ ก็จะไปทำบุญ ไหว้พระ ขอรพระท่าน มันก็ทำให้ใจเราสบาย ไม่คิดอะไรมาก”

“เวลาโมโหเขา ก็ไม่รู้จะทำยังไง เหล้าช่วยให้ผ่อนคลายได้มากที่สุดแล้ว”

จากนั้นผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันเสนอแนะแนวทางการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบ สมาชิกให้ความร่วมมือแนะนำแนวทางการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบได้อย่างเหมาะสม ดังจะเห็นได้จากพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“เวลาเราโมโห แล้วไปกินเหล้า มันไม่ได้ช่วยอะไรเราเลย พอหายเมาก็เป็นเหมือนเดิม เรารู้ว่าเขาไม่สบาย ยังไงเราก็ต้องอยู่กับเขา ดูแลเขาไปอีกนาน ไปทำบุญให้ใจสบายจะดีกว่า”

“เวลาเบื่อ ๆ ที่จะต้องดูแล ก็หาอย่างอื่นทำบ้าง ไปดูหนัง ฟังเพลง ทำใจสบาย ๆ”

“ยังไงเขาก็เป็นลูกเรา ถึงเขาจะเป็นยังไง เราก็รักเขาอยู่ดี อาจมีบ้างที่เครียด ๆ บางครั้งก็เหนื่อย แต่ก็หาอะไรที่สบายใจทำก็ได้ หรือไม่ก็หลบไปจากตรงนั้นก่อน ให้ใจเย็นๆ แล้วค่อยกลับมาใหม่”

ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติม เกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นเรื่องความเครียดและการจัดการกับความเครียด ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเครียดที่เกิดจากการดูแล พบว่า สมาชิกบางคนเป็นบิดามารดาของผู้ป่วย มีความเครียดว่า ต่อไปหากไม่มีพวกเขาอยู่แล้ว ผู้ป่วยจะใช้ชีวิตอยู่อย่างไร สมาชิกบางคนที่มีความเครียดที่ต้องดูแลผู้ป่วยไปตลอดชีวิต และผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพทำให้ครอบครัวต้องมีการะทางด้านการเงิน ส่งผลให้เกิดความเครียดตามมาได้ ดังจะเห็นได้จากคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“เครียดก็เพราะเป็นห่วงเขา ถ้ามันตายไปแล้วใครจะมาดูแล เขาจะต้องไปเดินอยู่ข้างถนน หรือ คิดแบบนี้ที่ไร น้ำตาก็จะไหลทุกที”

“เครียดเรื่องค่าเดินทาง มีรับยาแต่ละครั้งก็ต้องเสียเงินเยอะ จะไม่มารับยา อาการก็จะกำเริบอีก เราก็ทำงานหาเงินคนเดียว เขาก็ช่วยเหลืออะไรไม่ได้ ไม่รู้ต่อไปจะไหวหรือเปล่า ตอนนั้นก็เป็นที่นี้เป็นสินเยอะแยะแล้ว”

“เครียด กลัวว่าต่อไปจะไม่มีใครดูแลเขา เขาเป็นแบบนี้ ใครก็กลัวเขากันทั้งนั้น แล้วถ้าไม่มีมัน ใครจะมาดูแลเขา”

จากนั้นผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับความเครียดและประสบการณ์ในการผ่อนคลายความเครียดของตนเอง ดังต่อไปนี้

“ดูหนังฟังเพลง ให้ใจเย็นลง เดี่ยวก็ลืม”

“ก็ออกไปคุยกับเพื่อนบ้าง ก็ได้ระบายความรู้สึกไปบ้างมันก็โล่งดี สบายใจขึ้น พอหายเครียดแล้วค่อยกลับมาดูแลใหม่”

“เครียดมาก ๆ ก็ไปไหว้พระ ให้ใจสบาย ๆ จิตใจสงบขึ้น แล้วกลับมาสู้กันใหม่”

ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการกับความเครียด หลังจากการดำเนินการกลุ่มในครั้งนี้ สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นว่าเป็นกระบวนการที่เป็นประโยชน์ และจะนำ

คำแนะนำต่าง ๆ ที่ได้จากสมาชิกในกลุ่ม ไปใช้ในการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทางลบของตนเอง รวมทั้งเวลาที่เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย

จากการดำเนินกลุ่มครั้งที่ 3 พบว่า เกิดปัจจัยบำบัด ดังนี้

1. การให้ข้อมูล (Impartation of information) เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกทางลบ
2. ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) เช่น มีสมาชิกคนหนึ่งได้พูดว่า “ฉันก็เครียดเหมือนกันกับป้านะ พอเครียด ๆ ก็ไปทำอย่างอื่น หาเพื่อนคุยดีกว่า”
3. การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) สมาชิกได้เรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ เช่น สมาชิกกลุ่มบางคนมีความมั่นใจมากขึ้นในการสนทนากับกลุ่ม
4. ความรู้สึกแบ่งเบา (Catharsis) สมาชิกได้พูดระบายถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย
5. การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of Socializing Techniques) สมาชิกได้มีการสื่อสาร มีการยิ้มแย้มทักทายซึ่งกันและกัน มีการพูดคุยกันก่อนและหลังเข้ากลุ่ม รู้จักเริ่มต้นสนทนาก่อน เช่น “ที่ร้านพี่เป็นอย่างไรบ้าง ช่วงนี้ขายของดีไหม”
6. การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal Learning)
7. การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) สมาชิกได้พูดถึงการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม โดยใช้คำว่า “พวกเรา” ในการพูดคุยกัน เช่น “พวกเราก็อายุเหมือน ๆ กัน...”
8. การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น และแนะนำสมาชิกอื่น เช่น “ถ้าป่าเครียดมากๆ ป่าก็ไปทำอย่างอื่นก่อนเถอะ หายเครียดแล้วค่อยกลับมาดูแลเขาใหม่ ยิ่งอยู่ก็ยิ่งเครียดนะ”
9. ความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of the primary family) สมาชิกได้พูดคุยกันแล้วรู้สึกเหมือนอยู่ในครอบครัวของตน โดยใช้คำว่า “แม่” “พ่อ” เรียกผู้ที่อาวุโสกว่า

ครั้งที่ 4 การแสดงออก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิต

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิก และระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค อาการ การรักษา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อให้สมาชิกรู้สึกว่าความรู้ที่ได้รับจากการทำกลุ่มไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกสามารถบอกอาการดำเนินโรค อาการ การรักษา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
2. สมาชิกเข้าใจถึงการแสดงออกและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท
3. สมาชิกมีการประคับประคองทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกัน

สาระสำคัญ

กระบวนการสำคัญของกลุ่มบำบัดประคับประคอง คือ การให้ข้อมูล (Information) เกี่ยวกับโรค การแสดงออก และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท (Chou, Liu, & Chu, 2002) สมาชิกจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุของการเกิดโรค อาการ การดำเนินของโรค แนวทางการดูแลรักษา การใช้ยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการดูแล รวมทั้งเข้าใจพฤติกรรม และการแสดงออกที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกมีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้การดูแล และภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985)

การดำเนินการกลุ่มในครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่จัดให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเผชิญกับการแสดงออก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิต ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกได้อภิปรายเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการ การดำเนินของโรค แนวทางการดูแลรักษา การใช้ยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ทำให้สมาชิกเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเข้าใจถึงการแสดงออก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิต โดยปัจจัยบำบัดต่างๆ ที่ผู้วิจัยมุ่งหวังจะให้เกิดในการดำเนินกลุ่มในครั้งนี้ ได้แก่ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) การมีความเป็นสากล (Universality) การได้รับการชี้แนะแนวทาง (Guidance) การได้ระบายออก (Catharsis) การได้เลียนแบบ (Identification) การเข้าใจตนเอง (Self Understanding) ความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of the

primary family) การมีความหวัง (Instillation of Hope) และการได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential Factors)

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบความรู้ที่ 4/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกนั่งล้อมเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน
2. ผู้วิจัยกล่าวเปิดกลุ่ม โดยการทักทายสมาชิก สร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลาย โดยพูดเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของดำเนินการกลุ่มบำบัดประคับประคองในครั้งนี้
4. สมาชิกร่วมกันทบทวนข้อตกลงและกติกาของกลุ่ม
5. ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ตามใบงานที่ 4/1
6. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกเริ่มสนทนาด้วยท่าที่เป็นมิตรต้องสร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลาย เปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาที่พบจากการแสดงออก และพฤติกรรมที่เกิดจากอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทจากใบงานที่ 4/1
7. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายถึงสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท อาการ และการรักษาจากประสบการณ์ของสมาชิกแต่ละคน
8. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันสรุปสาเหตุ อาการ การรักษา ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม
9. หลังจากสมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายถึงสาเหตุของการเกิดโรค อาการ และการรักษาแล้ว ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกทบทวนการแสดงออก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิตจากใบงานที่ 4/1 ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงสาเหตุของการแสดงออก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น
10. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการแสดง การดำเนินของโรค การรักษา และแนวทางการดูแลรักษา
11. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามเพิ่มเติม
12. ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญและให้สมาชิกสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มในครั้งนี้
13. บันทึกการมีส่วนร่วมของกลุ่ม พร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

จากการพูดคุยกับสมาชิกเกี่ยวกับโรคจิตเภท พบว่า สมาชิกจำนวน 19 คน ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร ดังจะเห็นได้จากคำพูดของสมาชิก ดังต่อไปนี้

“เห็นเค้าบอกว่าประสาท ก็ไม่รู้ว่าเป็น โรคอะไร”

“ฉันก็ไม่รู้เห็นเค้าว่าเป็นบ้านะ”

และจากการให้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน และนำเสนอเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจะมีอาการทั้ง 2 แบบ คือ อาการทางบวก เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ก้าวร้าว หัวเราะ พูดคนเดียว ทำร้ายผู้อื่น นอนไม่หลับ เดินไปมา และอาการทางลบ เช่น พูดน้อย ซึมเศร้า ไม่สนใจตนเอง ดังจะเห็นได้จากคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“เขาบอกว่าเขาเป็นนายกฯ คอยสั่งคนนั้นคนนี้ ไม่ยอมทำอะไรเองเลย วัน ๆ เลยไม่ทำอะไร นิ่งที่โต๊ะ อ่านหนังสือพิมพ์การเมืองอย่างเดียว”

“อารมณ์เขาเปลี่ยนแปลงเร็วมาก ชอบพูดคนเดียว อยู่ดี ๆ ก็หัวเราะขึ้นมา มีทำร้ายตัวเอง เอาหัวโขกกับกำแพง บางครั้งก็หันมาตีลูกตัวเองด้วย”

“ไม่ยอมทำอะไรเลย นอนทั้งวัน ไม่อาบน้ำ หนวดเครายาวรุงรัง ไม่ยอมโกน ขนาดไปปลูกยังไม่อยากจะถูกไปไหนเลย ห้องเหม็นไปหมด”

ผู้วิจัยสรุปอาการของโรคจิตเภทอีกครั้ง พบว่า สมาชิกเข้าใจ และสามารถแยกอาการทางบวก และอาการทางลบได้อย่างถูกต้อง และจากการสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ เชื่อว่า การเจ็บป่วยของผู้ป่วย เกิดมาจากการใช้สารเสพติด สมาชิกบางคนเชื่อว่า การเจ็บป่วยของผู้ป่วย เกิดจากกรรมที่ผู้ป่วยทำในอดีต บางคนก็เชื่อว่าเกิดจากไสยศาสตร์ ดังคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“เขาคิดเพื่อน วัน ๆ ไม่ทำอะไร ไปกับเพื่อนตลอด เราก็ไม่รู้ นึกว่าเขาอ่านหนังสือกันที่ไหนได้ กว่าจะรู้ ก็โดนตำรวจจับเรื่องยาบ้าแล้ว”

“เขาหมกมุ่นอยู่กับหนังสือธรรมะ ชอบเรื่องไสยศาสตร์ ดูตามตัวมีแต่รอยสักเต็มไปหมด ที่ไหนว่ามีอาจารย์ดี น้องฉันก็ไปหมด ฉันว่าของต้องเข้าตัวเขาแน่ ๆ”

“เขาทำแต่บาป เมื่อก่อนขายปลาในตลาด คงเป็นกรรมนะ ตอนนี่เขาเลยต้องมาเป็นแบบนี้”

และจากการสอบถามเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งผลข้างเคียงของยาจากประสบการณ์ของสมาชิก พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษาโดยใช้ยาเกิน ซึ่งได้รับมาจากโรงพยาบาล ส่วนอาการข้างเคียงจากยาที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการง่วงซึม ลิ้นแข็ง น้ำลายไหล สมาชิกบางคนบอกว่า

บางครั้งผู้ป่วยก็ไม่รับประทานยาตามกำหนด ปรับยาเอง แอบเอายาทิ้งบ้าง ดังคำพูดของสมาชิกต่อไปนี่

“เขานอนได้ทั้งวัน ไม่ทำอะไรเลย ขนาดฉันไปปลุก เข่า ๆ ตัว ยังไม่อยากจะลุกจากที่นอนเลย”

“เขาเดินตัวแข็ง ๆ เหมือนหุ่นยนต์ บางครั้งเดิน ๆ อยู่แล้วล้มก็มี น้ำลายยืด เลอะเทอะไปหมด”

“นอนทั้งวัน เราก็ไม่ค่อยมีเวลา ต้องทำมาหากิน พอเขาอาการดีก็ให้เขาดูแลเรื่องกินยาเอง เขาก็คงกินบ้างไม่กินบ้าง เพราะถึงกำหนดหมอนัดแล้ว ก็เห็นยาอยู่เหมือนเดิม ไม่รู้จะทำยังไง”

จากนั้นผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า และเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา รวมทั้งถึงข้างเคียงจากการใช้ยา และแนวทางในการดูแล ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น สามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นในกลุ่มได้

จากการดำเนินกลุ่มครั้งที่ 4 พบว่า เกิดปัจจัยบำบัด ดังนี้

1. การให้ข้อมูล (Impartation of information) ได้แก่ การที่สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เช่น “ก็มีอาการหลายอย่างนะ อย่างลูกฉันนี่ เขาไม่นอนเลย เดินไป เดินมา ทั้งคืน” เป็นต้น

2. ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) หรือความเห็นเหมือนกันของชีวิตว่า สมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่ของทุกคน มีปัญหาที่ต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ว่ามีเหมือนกันทุกคน ซึ่งสมาชิกทุกคนก็พยักหน้าเห็นด้วย

3. พัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม (Development of socialization techniques) เช่น สมาชิกมีการยิ้มให้กันและเสนอความคิดเห็นมากขึ้น

4. การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) เช่น มีสมาชิกพูดว่า “ครั้งหน้าฉันอยากเล่าเรื่องลูกชายฉันที่เสียชีวิตไปให้ฟัง”

5. ความรู้สึกแบ่งเบา (Catharsis) สมาชิกได้ระบายความรู้สึก เช่น “ป้าชี้แย้งว่าทุกคนเลย บ้านป้ามีเป็นโรคแบบนี้ 3 คน ไม่รู้เป็นเวรกรรมอะไร”

6. ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group cohesiveness) เช่น มีสมาชิกพูดว่า “พวกเรา นี่ปัญหาคล้าย ๆ กันเลย”

ครั้งที่ 5 การจัดการกับการแสดงออก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิต

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกเกิดทักษะในการจัดการกับการแสดงออกและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิต
3. เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกสามารถบอกวิธีการในการจัดการกับการแสดงออกและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้
2. สมาชิกสามารถเลือกใช้วิธีการจัดการกับการแสดงออกและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้
3. สมาชิกมีวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม
4. สมาชิกมีการประคับประคองทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกัน

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องสำคัญที่สมาชิกจะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำและอาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ด้วยตนเอง ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985)

การดำเนินการกลุ่มในครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่จัดให้สมาชิกได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับการแสดงออก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิต โดยเริ่มจากการให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการกับการแสดงออก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา กระตุ้นให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับการแสดงออก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา ทำให้ผู้ดูแลมีเกิดความหวังกำลังใจ สามารถจัดการกับการแสดงออก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยปัจจัยบำบัดต่างๆ ที่ผู้วิจัยมุ่งหวังจะให้เกิดในการดำเนินกลุ่มในครั้งนี้ ได้แก่ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) การมีความเป็นสากล (Universality) การได้รับการชี้แนะแนวทาง (Guidance) ความรู้สึกแบ่งเบา (Catharsis) การได้เลียนแบบ (Identification) ความรู้สึก

เสมือนว่าเป็นครอบครัวเดียวกัน (The Corrective Recapitulation of Primary Family Group Member) การมีความหวัง (Instillation of Hope) และการได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential Factors) เป็นต้น

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5/1 วิธีจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบความรู้ที่ 5/1 การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกนั่งล้อมเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน
2. ผู้วิจัยกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม โดยการทักทายสมาชิก สร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลาย โดยพูดเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ในครั้งนี
4. สมาชิกร่วมกันทบทวนข้อตกลงและกติกาของกลุ่ม
5. ผู้วิจัยทบทวนประสบการณ์ในการทำกลุ่มครั้งก่อนเกี่ยวกับการแสดงออก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิตของผู้ป่วย ให้สมาชิกทำใบงานที่ 5/1 เพื่อทบทวนประสบการณ์การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิตของผู้ป่วยของสมาชิก
6. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันพูดคุย อภิปรายประสบการณ์ของสมาชิกแต่ละคน เกี่ยวกับการจัดการกับการแสดงออกและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิต และผลที่ตามมาจากการจัดการนั้น รวมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันสนับสนุน แนะนำแนวทางเพิ่มเติมในการจัดการกับการแสดงออกและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่สมาชิกอื่นพบ
7. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทตามใบความรู้ที่ 5/1 โดยเน้นเรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
8. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการสื่อสารทางบวก และทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
9. ผู้วิจัยให้สมาชิกจับคู่กันฝึกทักษะการสื่อสารทางบวก โดยทำใบงานที่ 5/2 และให้ออกมานำเสนอที่ละคู่ สมาชิกที่เหลือสังเกต
10. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น พร้อมให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสมในกลุ่ม
11. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ตามใบความรู้ที่ 5/2
12. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัย
13. ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญและให้สมาชิกสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม
14. บันทึกการมีส่วนร่วมของกลุ่ม พร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

จากการให้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน และนำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ไม่นอน เดินไปเดินมา ผู้ป่วยบางคนมีอาการก้าวร้าว สมาชิกได้มีการพูดคุย เล่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาดังคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ทางที่ดีที่สุด ก็คือกินยาตามหมอสั่ง เพราะเคยไม่กินแล้วอาการกำเริบทุกที”

“เราต้องเข้าใจว่าเขาป่วย เขาไม่ปกติเหมือนเรา อารมณ์เขาจะเปลี่ยนแปลงง่ายมาก ต้องพูดกับเขาดี ๆ อย่าไปดุ ค่าเขา ใจเย็น ๆ ที่สำคัญ คือ ต้องให้เขากินยาทุกวัน”

“ก็คอยดูอาการผิดปกติของเขา คือถ้ากลางคืนเขาเริ่มนอนไม่หลับ แสดงว่าอาการเริ่มไม่ดีแล้ว เราก็ต้องรีบพาไปหาหมอเลยดีกว่า”

จากนั้นผู้วิจัยยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ให้สมาชิกร่วมกันเสนอแนะแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น ดังจะเห็นได้จากคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

ก้าวร้าว หงุดหงิด

“พูดกับเขาดี ๆ อย่าส่งเสียงดังแข่งกับเขา ถ้าก้าวร้าว อาละวาดมาก ๆ ก็ควรส่งโรงพยาบาล”

“เฉย ๆ อย่าไปสนใจเขามาก เดี่ยวเขาก็เงียบไปเอง”

ไม่ยอมทานยา

“พูดกับเขาดี ๆ บางทีเขาก็เข้าใจนะ ถ้ายังไม่ยอมกินยาก็ต้องพามาหาหมอแล้วละ”

“ต้องคอยดูเขาเวลากินยา เขาจะได้ไม่เอาไปทิ้ง คอยดูเขาทุกครั้ง ถ้าเราไม่อยู่ ก็จะบอกให้หลาน ๆ คอยช่วยดูให้”

ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน ไม่ทำงาน

“ก็ต้องคอยบอกเขา พอเช้าก็เรียกเขา แรก ๆ ก็จะคอยบอกให้อาบน้ำ เขาถึงจะทำตามหลังมานี้ก็ปล่อย ๆ ก็เห็นเขาทำเองได้”

“ฉันตกลงกับเขาเลย ว่าทุกวันเขาต้องมีหน้าที่รดกน้ำใส่ตู้เย็น เขาก็ทำตามนะ เราก็พูดชมเขาบ้าง เขาก็ดีใจแล้ว”

จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติม เกี่ยวกับการจัดการกับอาการ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นเรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเปิดโอกาสให้สมาชิกพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการสื่อสารทางบวก และทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และให้สมาชิกจับคู่ฝึกทักษะการสื่อสารทางบวก พบว่า สมาชิกทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

หลังจากฝึกทักษะแล้ว สมาชิกแสดงความคิดเห็นว่าเนกิจกรรมที่มีประโยชน์ และจะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ดังคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“เวลาเขาไม่ยอมกินยา เคยโมโหเขา ก็คิดว่าเขาแรง ๆ แต่ต่อไปนี่ ถ้าเราไม่ยอมกินยาอีก ก็คงต้องคุยกับเขาดี ๆ ถามเหตุผลเขาก่อน แล้วก็จะพยายามพูดคุย ๆ ให้เขายอมกินยาให้ได้”

“เมื่อก่อนไม่สนใจเขาหรอก ไม่อยากกินยา ก็ไม่ต้องกิน เบื่อจะตายไป ไม่ใส่ใจเขาเลย พอเขาไม่ได้กินยา อาการก็กำเริบมาอีก ต่อไปก็คงจะพยายามพูดคุยกับเขาดี ๆ ให้เขากินยาตามหมอสั่ง เขาจะได้เป็นปกติ”

“ดีที่ได้มาฝึกแบบนี้ ทำให้รู้ว่าเมื่อก่อนเราพูดไม่ดีเลย ไปคำว่าเขา เรามาแรง เขาก็แรงมามากกว่า ต่อไปคงต้องพูดกันดี ๆ จะดีกว่า”

หลังการดำเนินการกลุ่มในครั้งนี้แล้ว ทำให้สมาชิกได้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท และสามารถเลือกวิธีการจัดการกับปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสม

จากการดำเนินกลุ่มครั้งที่ 5 พบว่า เกิดปัจจัยบำบัด

1. การให้ข้อมูล (Impartation of information) ได้แก่ การที่สมาชิกสรุปถึงสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท เช่น “ยาบ้าก็ทำให้เป็นแบบนี้แหละ ลูกฉันก็เพราะยาบ้านี้แหละ” เป็นต้น
2. ความรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) เช่น สมาชิกมีสีหน้าดีขึ้น เมื่อได้รับฟังประสบการณ์ในการแก้ปัญหาของคนอื่น และพูดว่า “เข้ากลุ่มแบบนี้ก็ดีนะ ทำให้มีวิธีใหม่ ๆ เอาไว้ดูแลเขา เขาน่าจะดีขึ้น”
3. ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) หรือความเห็นเหมือนกันของชีวิตว่า สมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่ของทุกคน มีปัญหาที่ต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเหมือนกัน เช่น สมาชิกบางคนพูดว่า “ลูกฉันมัน ไม่นอนเลย เดินไป เดินมาทั้งคืน มีใครเจอเหมือนฉันไหม” สมาชิกคนอื่น ๆ พักหน้ายอมรับว่าเจอพฤติกรรมของผู้ป่วยแบบนี้เหมือนกัน
4. การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) สมาชิกมีการเสนอวิธีการเผชิญปัญหา เช่น “เขาเคยไม่กินยา ฉันก็ต้องคอยคุมเขาให้กินต่อหน้าเลย แบบนี้เขาก็หลบไม่ได้แล้ว ต้องกินยาให้เห็นกันเลย”
5. พัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม (Development of socialization techniques) เช่น สมาชิกมีการยิ้มให้กันและเสนอความคิดเห็นมากขึ้น
6. การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) สมาชิกบางคนพูดว่า “อาทิตย์หน้าโทรมาหาฉันก็ได้ นะ เดี่ยวฉันแวะไปรับ”

7. ความรู้สึกแบ่งเบา (Catharsis) เป็นการให้สมาชิกได้ระบาย (Ventilation) เช่น “ฉันก็เจอแบบนี้นะ เขาไม่ทำอะไรเลย เราต้องทำงานหาเงินคนเดียว”

8. ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group cohesiveness) เช่น “พวกเรานี่ปัญหาคล้าย ๆ กันเลย เราเข้าใจกันดียิ่งกว่าพี่น้องเสียอีก”

ครั้งที่ 6 การจัดการกับความคิดทางลบ และการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

ระยะเวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกมีวิธีการจัดการกับความคิดทางลบและมีวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง
3. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกเกิดทักษะในการจัดการกับความคิดทางลบของตนเอง
2. สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
3. สมาชิกมีการประคับประคองทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกัน

สาระสำคัญ

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต ซึ่งสาเหตุของปัญหาซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็มาจากความคิดด้านลบเช่นกัน คือ คิดด้านลบต่อตนเอง เช่น โทษตนเองว่ามีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต คิดว่าตนเองไร้คุณค่าและเป็นที่ยกย่องของสังคมเพราะต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Jungbauer et al., 2003) คิดด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม เช่น รู้สึกว่าตนเองต้องรับภาระอยู่คนเดียวไม่มีใครเข้าใจและไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Barns et al., 1981) และคิดด้านลบต่ออนาคต เช่น คิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเต็มไปด้วยปัญหาอุปสรรค ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาให้หายขาดจึงจำเป็นต้องดูแลอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้เกิดความท้อแท้ สูญเสียความหวังในอนาคต และขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต (วนิดา เปรียญจุม, 2546) ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นการจัดการกระทำให้สมาชิกได้เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) และฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (Coping) เป็นกระบวนการสำคัญของกลุ่มบำบัดประคับประคอง เพื่อลดภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดำเนินการกลุ่มในครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่จัดให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของตนเอง และการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเน้นให้สมาชิกมีทักษะในการจัดการกับความคิดทางลบ การประคับประคองกันในกลุ่มทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกทางบวก เกิดความหวัง กำลังใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์ และมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น และให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนเทคนิค และฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ และทักษะที่ได้ ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ โดยปัจจัยบำบัดต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยมุ่งหวังจะให้เกิดในการดำเนินกลุ่มในครั้งนี้ ได้แก่ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) การมีความเป็นสากล (Universality) ความรู้สึกแบ่งเบา (Catharsis) การได้เลียนแบบ (Identification), การเข้าใจตนเอง (Self Understanding) ความรู้สึกเสมือนว่าเป็นครอบครัวเดียวกัน (The Corrective Recapitulation of Primary Family Group Member) การมีความหวัง (Instillation of Hope) และการได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential Factors)

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 6/1 การคิดโดยใช้เหตุผล และการคิดที่ยืดหยุ่น
2. ใบความรู้สำหรับผู้วิจัย
3. ใบความรู้ที่ 6/1 ความคิดที่บิดเบือน การปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม
4. ใบความรู้ที่ 6/2 การผ่อนคลายความเครียด

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกนั่งล้อมเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน
2. ผู้วิจัยกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม โดยการทักทายสมาชิก สร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลาย โดยพูดเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการกลุ่มบำบัดประคับประคองในครั้งนี้
4. สมาชิกร่วมกันทบทวนข้อตกลงและกติกาของกลุ่ม
5. ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนทำใบงานที่ 6/1 เพื่อตรวจสอบการคิดโดยใช้เหตุผล และการคิดที่ยืดหยุ่น
6. ผู้วิจัยให้สมาชิกให้สมาชิกแต่ละคนออกมานำเสนอผลของการทำใบงานที่ 6/1 พร้อมทั้งร่วมกันอภิปรายถึงประโยชน์ที่ได้จากการทำใบงานนี้
7. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับการคิดโดยใช้เหตุผล และการคิดที่ยืดหยุ่น ตามใบความรู้สำหรับผู้สอน

8. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกอภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความคิดที่บิดเบือนของตนเองที่ทำให้เกิดความคิดทางลบของตนเอง จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของตนเองอย่างไร และกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันเสนอแนะแนวทางในการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมทางลบนั้น

9. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคิดที่บิดเบือน และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ตามใบความรู้ที่ 6/1

10. หลังจากที่สมาชิกได้เรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบของตนเอง ซึ่งเป็นการดูแลด้านจิตใจแล้ว ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนแลกเปลี่ยนแนวทางในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

11. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง โดยเน้น 3 วิธี คือ การฝึกการหายใจ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกปฏิบัติการทำสมาธิ ตามใบความรู้ที่ 6/2 และให้สมาชิกได้ฝึกทักษะในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

12. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมสนับสนุน ให้กำลังใจ และแนะนำวิธีการดูแลตนเองแก่สมาชิกอื่นในกลุ่ม

13. ผู้วิจัยกลุ่มสรุปสาระสำคัญและให้สมาชิกสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มในครั้งนี้

14. บันทึกการมีส่วนร่วมของกลุ่ม พร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

จากการให้สมาชิกร่วมกันทำใบงานเพื่อตรวจสอบการคิดโดยใช้เหตุผล และการคิดที่ยืดหยุ่น พบว่าเมื่อทดสอบการคิดโดยใช้เหตุผล สมาชิกส่วนใหญ่ตัดสินใจต่าง ๆ จากสิ่งที่ได้เห็น ไม่ได้ใช้เหตุผลประกอบในการคิด/ตัดสินใจ และทดสอบการคิดแบบยืดหยุ่น พบว่า สมาชิกทุกคนไม่สามารถทำแบบทดสอบได้ แสดงให้เห็นว่า สมาชิกคิดหมกมุ่นอยู่แต่ในกรอบ ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปได้ จากนั้นผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมถึงการคิดโดยใช้เหตุผล และการคิดแบบยืดหยุ่น หลังจากทำแบบทดสอบแล้ว สมาชิกมีความเข้าใจตนเอง และคิดจะปรับเปลี่ยนวิธีการคิดของตนเองให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และสามารถบอกประโยชน์ดังกล่าวของสมาชิก ต่อไปนี้

“ผมก็เป็นไม่ค่อยใช้เหตุผลเท่าไร บางครั้งเห็นเขาไม่มีสติ ทำอะไรไม่รู้เรื่อง ก็โมโหเขานะ แต่ถ้าผมคิดแบบใช้เหตุผลสักนิด ผมก็จะรู้ว่าเขาไม่ปกติเหมือนเรา จะไปโหมเขาก็ไม่ควร”

“ทำแล้วก็ทำให้เราได้คิด ว่าเรามองอะไรแต่ในกรอบจริงๆ ความจริงทุกปัญหามีทางออก”

จากนั้นผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิก แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความคิดที่บิดเบือนที่ทำให้เกิดความคิดทางลบของตนเอง จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของตนเองอย่างไร พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่ มักคิดสรุปเอาเอง คิดว่าปัญหาใหญ่โตเกินจริง และคิดในแง่ร้าย ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกัน

เสนอแนะแนวทางในการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมทางลบนั้น ดังคำพูดของสมาชิกต่อไป

“เมื่อก่อนฉันก็ชอบสรุปอะไรไปก่อนตลอด หลัง ๆ เริ่มคิดว่า เราคิดแบบนี้ก็ไม่สบายใจเสียเอง ก็จะพยายามมองอะไรกว้าง ๆ หาเหตุผลก่อนที่จะสรุปอะไรไปเอง”

“ฉันก็ชอบคิดว่าปัญหาของตัวเองร้ายแรงกว่าคนอื่น คิดว่าเราจะผ่านมันไปได้ยังไง แต่พอได้คิดให้กว้าง ๆ ก็จะเห็นว่าคนอื่นมีปัญหามากกว่าเราเสียอีก เราโชคดีแล้วที่เจอปัญหาแค่นี้ พอคิดแบบนี้เราก็จะมีกำลังใจ”

“เคยมองเขา (ผู้ป่วย) ว่าทำไมเขาต้องทำร้ายคนอื่นแบบนี้ ร้องไห้คนเดียวหลายครั้ง แต่พอลองเปลี่ยนความคิด มองว่าเขาไม่เหมือนเรา เขาไม่สบาย เราก็จะเข้าใจอะไรมากขึ้น ไม่โกรธเขา สงสารเขามากกว่า”

หลังจากที่สมาชิกได้เรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบของตนเอง ซึ่งเป็นการดูแลด้านจิตใจแล้ว ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนแลกเปลี่ยนแนวทางการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง ดังต่อไปนี้

“เวลาเครียด ๆ ก็ฟังเพลง ดูทีวีไปเรื่อย ๆ”

“ก็ไหว้พระ นั่งสมาธิบ้าง ให้จิตใจสบาย ๆ เดี่ยวก็ลืมเรื่องเครียดๆ ไปเอง”

ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง โดยเน้น 3 วิธี คือ การฝึกการหายใจ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกปฏิบัติการทำสมาธิ และให้สมาชิกได้ฝึกทักษะในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง พบว่า สมาชิกให้ความสนใจเป็นอย่างดี และสามารถสาธิตย้อนกลับได้อย่างถูกต้อง

หลังจากดำเนินการกลุ่มครั้งนี้จบแล้ว สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ ทำให้เข้าใจความคิดของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่เหมาะสม พร้อมทั้งจะนำวิธีการคลายเครียดด้วยตนเองไปใช้ในเวลาที่เกิดความเครียด

จากการดำเนินกลุ่มครั้งที่ 6 พบว่า เกิดปัจจัยบำบัด

1. การให้ข้อมูล (Impartation of information) สมาชิกกลุ่มได้ให้ข้อมูลในการแก้ไขปัญหา เช่น สมาชิกกล่าวว่า “บางที ก็ต้องเข้าใจลูกเขานะ เขาเองก็คงไม่ได้อยากให้เป็นแบบนี้” “สงสัยเราอาจต้องปรับเปลี่ยนความคิดใหม่”

2. ความรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) เช่น สมาชิกกลุ่มคนหนึ่ง บอกว่า “ถ้าเราเปลี่ยนความคิดนิดเดียวเรารู้สึกดีขึ้นเยอะเลยนะ เหมือนที่น้องบอก ความจริงทุกปัญหามีทางออก”

3. ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) หรือความเห็นเหมือนกันของชีวิต เช่น “เราต้องดูแลเขา ก็เพราะเรารักเขาเหมือนกันทุกคน”

4. ความรู้สึกเกื้อกูล (Altruism) เช่น มีสมาชิกพูดว่า “เราต้องเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันฉันเห็นใจพี่น้อง”

5. พัฒนาเทคนิคการเข้าสังคม (Development of socialization techniques) เช่น สมาชิกมีการยิ้มให้กัน ทักทายและพูดคุยกันก่อนและหลังการเข้ากลุ่ม สมาชิกบางคนกล่าวว่า “ทานข้าวด้วยกันก่อน”

6. การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) เช่น “วันนี้ป่าเจียบ้าง คุยหน่อยซิ”

7. ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group cohesiveness) เช่น “พวกเราเนี่ย คิดแต่ในกรอบกันหมดเลยนะ”

ครั้งที่ 7 การพัฒนาเครือข่ายทางสังคม และการดูแลตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกบอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม
2. สมาชิกเกิดเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
3. สมาชิกมีวิธีการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม
4. สมาชิกมีการประคับประคองทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกัน

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูล (Information) เกี่ยวกับทรัพยากรในชุมชน ความช่วยเหลือทางการเงิน การเยี่ยมบ้าน และบริการทางการแพทย์ รวมทั้งการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ถือเป็นการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม ซึ่งจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดพลัง ความเข้มแข็ง เห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา (Problem solving) และส่งผลให้การปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลโดยอ้อมของการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม คือ ช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งทำให้รู้สึกเป็นภาระน้อยลง (Cohen &

Wills, 1985; Thompson & Doll, 1993) ผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมและมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากจะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มาก รวมทั้งการได้รับข้อมูลย้อนกลับที่มีผลส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ช่วยลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย (Thompson, et al., 1993) ช่วยให้การปรับตัวหรือการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลลดลงได้

การดำเนินการกลุ่มในครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่จัดให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือ จากแหล่งสนับสนุนในชุมชน รวมทั้งการให้ข้อมูลในการดูแลตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การประทับประคองกันในกลุ่มทำให้สมาชิก เกิดความหวัง กำลังใจ และไม่รู้สึกลิดเคี้ยว โดยปัจจัยบับัดต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยมุ่งหวังจะให้เกิดในการดำเนินกลุ่มในครั้งนี้ ได้แก่ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) การมีความเป็นสากล (Universality) การได้ระบายออก (Catharsis) การได้เลียนแบบ (Identification) การเข้าใจตนเอง (Self Understanding) ความรู้สึกเสมือนว่าเป็นครอบครัวเดียวกัน (The Corrective Recapitulation of Primary Family Group Member) การมีความหวัง (Instillation of Hope) และการได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential Factors)

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 7/1 ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย
2. ใบความรู้ที่ 7/1 การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม
3. ใบงานที่ 7/2 กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
4. ใบความรู้ที่ 7/2 การดูแลตนเองสำหรับผู้ดูแล
5. ใบความรู้ที่ 7/3 หน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษาปัญหาด้านสุขภาพจิต

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกนั่งล้อมเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน
2. ผู้วิจัยกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม โดยการทักทายสมาชิก สร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลาย โดยพูดเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการกลุ่มบับัดประทับประคองในครั้งนี้
4. สมาชิกร่วมกันทบทวนข้อตกลงและกติกาของกลุ่ม
5. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบงานที่ 7/1 เรื่องระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนได้ทบทวนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่สมาชิกเคยได้รับ

6. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกอภิปรายพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชนตามประสบการณ์ของสมาชิกแต่ละคน พร้อมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกร่วมเสนอแนะแนวทางในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน

7. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกมีการสนับสนุนให้กำลังใจกัน

8. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงกิจกรรมที่จะพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ว่าควรทำอย่างไรบ้าง

9. ผู้วิจัยสรุปความสำคัญในการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมตามใบความรู้ที่ 7/1 ซึ่งมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งแนะนำแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่สมาชิกสามารถขอความช่วยเหลือ เมื่อมีปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกได้พูดคุยแลกเปลี่ยนชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ระหว่างสมาชิก ตามใบงานที่ 7/2 เพื่อให้เกิดเครือข่ายช่วยเหลือระหว่างสมาชิกต่อไป นำไปสู่กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนต่อไป

10. หลังจากทีสมาชิกได้สร้างเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน แล้วผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับหน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษาปัญหาด้านสุขภาพจิต ตามใบงานที่ 7/2

11. จากนั้นผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนแนวทางการดูแลร่างกายตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

12. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสนับสนุน ให้กำลังใจ และแนะนำวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมแก่สมาชิกอื่นในกลุ่ม

13. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 7/3

14. ผู้วิจัยกลุ่มสรุปสาระสำคัญและให้สมาชิกสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มในครั้งนี้

15. บันทึกการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

การประเมินผล

ผู้วิจัยให้สมาชิกร่วมกันทำใบงานเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่ เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ จะไปใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ก็จะไปปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน สมาชิกบางคนจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นประจำ และปัญหาด้านการเงิน สมาชิกส่วนใหญ่จะไปขอความช่วยเหลือจากเทศบาล หรือ อบต. ในเขตที่ตนเองอาศัยอยู่ ซึ่งสมาชิกที่ได้รับการช่วยเหลือทางการเงินได้ให้คำแนะนำวิธีการขอความช่วยเหลือให้กับสมาชิกที่ยังไม่ได้รับการช่วยเหลือ

จากนั้นผู้วิจัยสรุปความสำคัญในการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และวิธีขอความช่วยเหลือในชุมชน ให้สมาชิกเห็นความสำคัญของแหล่งช่วยเหลือทางสังคม โดยเน้นกลุ่มเพื่อนช่วย

เพื่อน พบว่า สมาชิกทุกคนให้ความร่วมมือ และให้ความสนใจ พุดคุยแลกเปลี่ยนชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ระหว่างสมาชิก ทำให้เกิดเครือข่ายช่วยเหลือระหว่างสมาชิกต่อไป พร้อมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันวางแผนกิจกรรมที่ต้องการพบปะพูดคุยกัน พบว่า สมาชิกสนใจจะพูดคุยเกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติม โดยต้องการให้ผู้ป่วยเข้าร่วมฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดร่วมด้วย นัดหมายสมาชิกที่ต้องมาพบแพทย์วันเดียวกัน โดยจะติดต่อกันทางโทรศัพท์อีกครั้ง

หลังจากที่สมาชิกได้สร้างเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนแล้ว ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับหน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษาปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งสมาชิกให้ความสนใจเป็นอย่างดี จากนั้นผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนแนวทางการดูแลร่างกายตนเอง เกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน และการออกกำลังกาย พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่ รับประทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ เนื่องจากเป็นอาหารพื้นเมือง และไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย

จากนั้นผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งสมาชิกบอกว่าเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ และจะนำไปใช้ในการดูแลตนเองต่อไป

จากการดำเนินกลุ่มครั้งที่ 7 พบว่า เกิดปัจจัยบ่าบัด ดังนี้

1. การให้ข้อมูล (Impartation of information)
2. ความรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) ทุกคนมีสีหน้าสดชื่นและได้แสดงความคิดเห็น รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และเชื่อมั่นว่าถ้าเกิดปัญหา ตนคงจะแก้ไขได้
3. ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality)
4. ความรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) สมาชิกมีการแนะนำแหล่งช่วยเหลือในชุมชนแก่เพื่อนสมาชิก
5. ความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of the primary family) มีความรู้สึกที่คุ้นเคย อบอุ่น เหมือนอยู่ในครอบครัวตนเอง
6. การเลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior)
7. ความรู้สึกแบ่งเบา (Catharsis)
8. ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group cohesiveness) เช่น สมาชิกกล่าวว่า “พวกเรา (ผู้ป่วย) ไปขึ้นทะเบียนผู้พิการ ได้นะ ฉันก็พาไปทำมาแล้ว แล้วจะได้เงินช่วยเหลือด้วย”

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนทบทวนการดำเนินกลุ่มและประโยชน์จากการเข้ากลุ่มในแต่ละครั้ง
3. เพื่อให้สมาชิกรับรู้ความรู้ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน
4. เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ช่วยจิตเภท
5. เพื่อยุติกลุ่มระหว่างผู้วิจัย ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และสมาชิกด้วยความเป็นมิตรอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกเข้าใจ จดจำเนื้อหา และตระหนักถึงความสำคัญของการดำเนินกลุ่มบำบัดระดับประคอง
2. สมาชิกมีการประคับประคองทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกัน

สาระสำคัญ

ทบทวนการทำกลุ่มในสัปดาห์ที่ผ่านมา และวางแผนเกี่ยวกับอนาคต สมาชิกร่วมกันสร้างความมั่นใจ เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การดำเนินการกลุ่มในครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลได้ร่วมกันอภิปรายผลที่ได้จากการทำกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวอำลาต่อกันและสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยปัจจัยบำบัดต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยมุ่งหวังจะให้เกิดในการดำเนินกลุ่มในครั้งนี้ ได้แก่ การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) การมีความเป็นสากล (Universality) การได้รับการชี้แนะแนวทาง (Guidance) ความรู้สึกแบ่งเบา (Catharsis) การได้เลียนแบบ (Identification) ความรู้สึกเสมือนว่าเป็นครอบครัวเดียวกัน (The Corrective Recapitulation of Primary Family Group Member) การมีความหวัง (Instillation of Hope) และการได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential Factors) เป็นต้น

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลที่มีภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้า

กิจกรรม

1. ให้สมาชิกนั่งล้อมเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน
2. ผู้วิจัยกลุ่มกล่าวเปิดกลุ่ม โดยการทักทายสมาชิก สร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลาย โดยพูดเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ในครั้งนี้
4. สมาชิกร่วมกันทบทวนข้อตกลงและกติกาของกลุ่ม
5. ผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สมาชิก พร้อมทั้งให้สมาชิกร่วมกันทบทวนรายละเอียดที่ผ่านมาตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลที่มีภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง ทีละกระบวนการ โดยทบทวนตั้งแต่การดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 1-7 โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันทบทวนสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการทำกลุ่ม รวมทั้งตอบข้อซักถามเพิ่มเติม
6. สมาชิกแต่ละคนบอกความรู้สึก และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มในแต่ละครั้ง รวมทั้งข้อเสนอแนะในการร่วมกลุ่ม
7. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนร่วมกันสนับสนุน ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งร่วมกันวางแผนในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจเพื่อให้สมาชิกเกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป
8. ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญ จากการเข้ากลุ่มทั้ง 8 ครั้ง
9. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามเพิ่มเติม
10. บันทึกการมีส่วนร่วมของกลุ่ม
11. ประเมินผลโปรแกรมโดยใช้เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินผล

ผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล ให้สมาชิกได้ร่วมกันทบทวนเนื้อหาของ การดำเนินการกลุ่มทั้ง 7 ครั้งที่ผ่านมา พบว่า สมาชิกมีความเข้าใจ แสดงความคิดเห็นว่าการเข้ากลุ่มมีประโยชน์ และจะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นต่อไปนี้

“ได้ประโยชน์จากการเข้ากลุ่มครั้งนี้มากๆ ทำให้ได้เปลี่ยนความคิดตัวเอง ไม่ให้คิดในแง่ร้ายเกินไป ทำให้มีกำลังใจในการดูแลเขาต่อไป”

“จากที่คิดว่า ทำไมตัวเองโชคร้าย แม่เราทำไมต้องมาเป็นแบบนี้ มาเข้ากลุ่มแบบนี้ทำให้รู้ว่า ยังมีคนที่ เป็นแบบเราอีกหลายคน เราไม่ได้เป็นอยู่คนเดียว บางคนลำบากกว่าเราด้วยซ้ำ”

“ทำให้มีเพื่อนเพิ่มขึ้น อย่างน้อยเวลาเรามีปัญหาเกี่ยวกับลูก (ผู้ป่วย) เราก็น่าจะมีเพื่อนที่จะโทรไปปรึกษาด้วยได้”

ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาตามคู่มืออีกครั้ง พร้อมทั้งกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการสนับสนุนทางประเมิณการสนับสนุนทางสังคม และวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการดำเนินกลุ่มครั้งที่ 8 พบว่า เกิดปัจจัยบำบัด ดังต่อไปนี้

1. การให้ข้อมูล (Impartation of information)
2. ความรู้สึกมีความหวัง (Instillation of hope) ทุกคนมีสีหน้าสดชื่นและได้แสดงความคิดเห็น รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และเชื่อมั่นว่าถ้าเกิดปัญหา ตนคงจะแก้ไขได้
3. ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) หรือความเห็นเหมือนกันของชีวิต
4. ความรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Altruism) เช่น “พวกเรามาเข้ากลุ่มอย่างนี้มันก็ดี ได้แนะนำสิ่งที่เป็นประโยชน์ เป็นการช่วยเหลือกัน แล้วยังเป็นการปรับปรุงตัวเราให้ดีขึ้นอีกด้วย”
5. ความรู้สึกเสมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน (The corrective recapitulation of the primary family) มีความรู้สึกที่คุ้นเคย อบอุ่น เหมือนอยู่ในครอบครัวตนเอง เช่น มีสมาชิกบอกว่า “เข้ากลุ่มนี้ก็ได้อ่านแนะนำดี ๆ จาก พ่อ แม่ ลูก ป้า แล้วยังดี ๆ ทุกคน”
6. การเลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) เช่น มีสมาชิกบอกว่า “ถ้าต่อไปจะลงใจเย็นเหมือนแม่นะ เพื่อเขา (ผู้ป่วย) จะฟังเราบ้าง จะไม่ใจร้อนอีกแล้ว”
7. การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) เช่น มีสมาชิกกล่าวว่า “ขอบคุณดี ๆ มาก สำหรับคำแนะนำดี ๆ วันหลังถ้ามีปัญหาอาจจะโทรไปปรึกษาดี ๆ อีกนะ”
8. ความรู้สึกแบ่งเบา (Catharsis) เป็นการให้สมาชิกได้ระบาย (Ventilation)
9. ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group cohesiveness) เช่น สมาชิกกล่าวว่า “ยังไม่อยากกลับบ้านเลย เดี่ยวครั้งหน้าถ้าหมอนัดมาวันเดียวกัน พวกเรามาคุยกันแบบนี้อีกนะ”
10. การเห็นความจริงอันเป็นสัจธรรม (Existential factors) สมาชิกได้มองเห็นตนเองและเห็นสัจธรรมเรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่น มีสมาชิกพูดว่า “ฉันว่า เกิด แก่ เจ็บ ตาย ก็เป็นเรื่องธรรมดาเนะ มาถึงวัยนี้กันแล้ว คงได้เจอกันมาบ้าง ทำใจให้สงบดีกว่า อย่าไปคิดอะไรมาก ทำวันนี้ให้ดีที่สุดเถอะ”

2.3 การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันทีภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 8 โดยขอให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีผลการกำกับการทดลอง ดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง (n=20)

คนที่	การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	
	คะแนนเฉลี่ย	ระดับ
1	3.42	ปานกลาง
2	3.32	ปานกลาง
3	3.21	ปานกลาง
4	3.53	สูง
5	3.00	ปานกลาง
6	3.37	ปานกลาง
7	3.42	ปานกลาง
8	3.32	ปานกลาง
9	3.53	สูง
10	3.37	ปานกลาง
11	3.68	สูง
12	3.32	ปานกลาง
13	3.42	ปานกลาง
14	3.53	สูง
15	3.63	สูง
16	3.79	สูง
17	3.32	ปานกลาง
18	3.53	สูง
19	3.68	สูง
20	3.63	สูง

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง อยู่ในระดับสูง จำนวน 9 คน และในระดับปานกลาง จำนวน 11 คน ซึ่งจัดว่าหลังใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์การสนับสนุนทางสังคมที่กำหนด คือ ตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง (n=20)

คนที่	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	
	คะแนน	ร้อยละ
1	27	90.00
2	27	90.00
3	28	93.33
4	30	100.00
5	30	100.00
6	28	93.33
7	28	93.33
8	30	100.00
9	30	100.00
10	28	93.33
11	28	93.33
12	30	100.00
13	28	93.33
14	29	96.66
15	28	93.33
16	27	90.00
17	28	93.33
18	30	100.00
19	29	96.66
20	28	93.33

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 27 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90 ซึ่งจัดว่าหลังใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 80 ขึ้นไป

3. ระยะเวลาประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้ง (Post-Test) ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองในสัปดาห์ที่ 6 และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ภายหลังจากตอบคำถามตามแบบประเมินภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ในสัปดาห์ถัดไปผู้วิจัยเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์

3. ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4. เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำแบบประเมินภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่า จะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้ กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลร้องขอ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

3. เมื่อครบกำหนดการทดลอง คือ สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

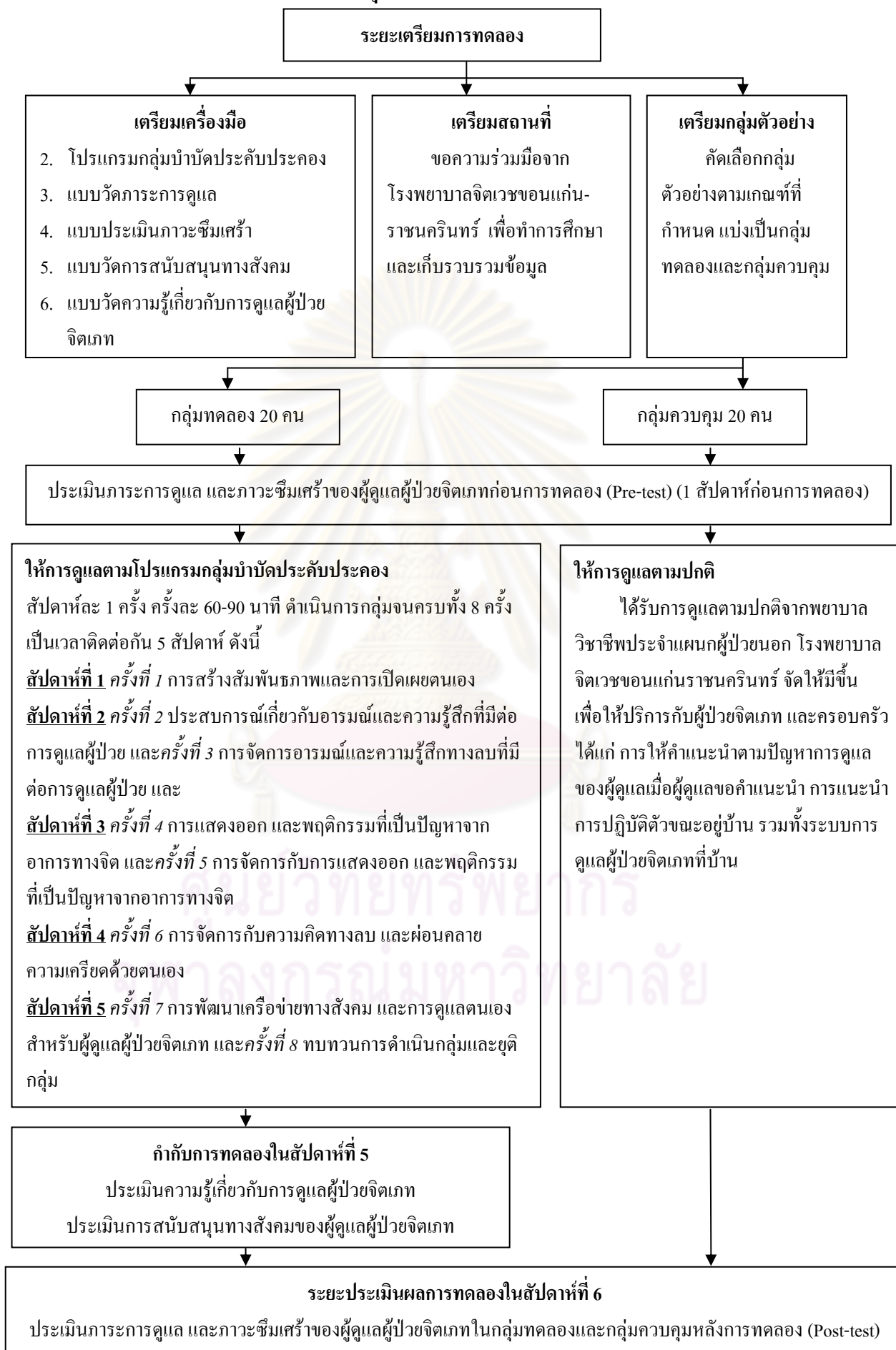
การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (ดงมติในภาคผนวก ง) ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าพบ เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอออกมาเป็นภาพรวมในรูปของผลการวิจัยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะแจ้งขอออกจากการวิจัยก่อนที่การวิจัยสิ้นสุดได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์แจกแจงในเชิงบรรยาย โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง โดยใช้สถิติทดสอบที หาค่าเฉลี่ย ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นำมาวิเคราะห์โดย
 - 2.1 จำนวนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - 2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการดูแลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Dependence t-test)
 - 2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการดูแลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independence t-test)
3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปวิธีดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจําต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจํา และเปรียบเทียบภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจําประจํากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจํา ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โดยวัดภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (The pretest-posttest control group design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจําในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจํา

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และสถานภาพสมรส (n=40)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	เพศ					
ชาย	4	20.00	4	20.00	8	20.00
หญิง	16	80.00	16	80.00	32	80.00
อายุ						
20-30 ปี	2	10.00	2	10.00	4	10.00
31-40 ปี	3	15.00	3	15.00	6	15.00
41-50 ปี	2	10.00	2	10.00	4	10.00
51-60 ปี	7	35.00	5	25.00	12	30.00
60 ปีขึ้นไป	6	30.00	8	40.00	14	35.00
สถานภาพสมรส						
โสด	1	5.00	3	15.00	4	10.00
คู่	12	60.00	10	50.00	22	55.00
หม้าย	4	20.00	5	25.00	9	22.50
หย่า	2	10.00	2	10.00	4	10.00
แยกกันอยู่	1	5.00	0	0.00	1	2.50

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากัน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 35 และในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 60 และ 50 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว (n=40)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	3	15.00	2	10.00	5	12.50
ประถมศึกษา	14	70.00	15	75.00	29	72.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	0	0.00	1	5.00	1	2.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	10.00	1	5.00	3	7.50
อนุปริญญา	1	5.00	1	5.00	2	5.00
อาชีพ						
เกษตรกรกรรม	15	75.00	12	60.00	27	67.50
ค้าขาย	3	15.00	3	15.00	6	15.00
รับจ้าง	2	10.00	5	25.00	7	17.50
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0.00	0	0.00	0	0.00
อยู่บ้านเฉยๆ/ว่างงาน	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รายได้ของครอบครัว						
ต่ำกว่า 4,000 บาท	9	45.00	6	30.00	15	37.50
4,000-8,000 บาท	9	45.00	10	50.00	19	47.50
8,000-10,000 บาท	2	10.00	4	20.00	6	15.00

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 และ 75 ตามลำดับ มีอาชีพ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 75 และ 60 ตามลำดับ และมีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 4,000-8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 45 และ 50 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว (n=40)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
บิดาหรือมารดา	13	65.00	13	65.00	26	65.00
สามีหรือภรรยา	2	10.00	2	10.00	4	10.00
พี่หรือน้อง	1	5.00	1	5.00	2	5.00
บุตร	4	20.00	4	20.00	8	20.00
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย						
6 เดือน-1 ปี	0	0.00	2	10.00	2	5.00
2-5 ปี	5	25.00	3	15.00	8	20.00
6-10 ปี	8	40.00	9	45.00	17	42.50
มากกว่า 10 ปี	7	35.00	6	30.00	13	32.50
จำนวนสมาชิกในครอบครัว						
1-3 คน	4	20.00	8	40.00	12	30.00
4-6 คน	14	70.00	11	55.00	25	62.50
7-9 คน	2	10.00	1	5.00	3	7.50
10 คนขึ้นไป	0	0.00	0	0.00	0	0.00

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็นบิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 65 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 45 ตามลำดับ และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวระหว่าง 4-6 คน คิดเป็นร้อยละ 70 และ 55 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแล		
	อัตรันัย	ปรนัย	รวม	อัตรันัย	ปรนัย	รวม	อัตรันัย	ปรนัย	รวม
1	3.50	4.08	3.79	3.00	3.42	3.21	0.50	0.66	0.58
2	3.25	4.17	3.71	2.58	3.42	3.00	0.67	0.75	0.71
3	3.25	4.17	3.71	2.50	3.67	3.09	0.75	0.50	0.63
4	3.42	4.08	3.75	2.83	3.42	3.13	0.59	0.66	0.63
5	3.42	4.17	3.80	2.50	3.25	2.88	0.92	0.92	0.92
6	3.42	3.83	3.63	3.00	3.25	3.13	0.42	0.58	0.50
7	3.50	3.92	3.71	2.83	3.42	3.13	0.67	0.50	0.59
8	3.42	4.17	3.80	2.58	3.67	2.63	0.84	0.50	0.67
9	3.17	4.25	3.71	2.33	3.33	2.71	0.84	0.92	0.88
10	3.25	4.08	3.67	2.50	3.17	2.71	0.75	0.91	0.83
11	3.08	4.08	3.58	2.50	3.42	2.83	0.58	0.66	0.62
12	3.42	4.17	3.80	2.58	3.42	2.83	0.84	0.75	0.80
13	3.33	4.25	3.79	2.58	3.25	2.92	0.75	1.00	0.88
14	3.33	4.00	3.67	3.00	3.17	2.83	0.33	0.83	0.58
15	3.50	4.08	3.79	2.92	3.33	2.83	0.58	0.75	0.67
16	3.08	4.00	3.54	2.50	3.25	2.71	0.58	0.75	0.67
17	3.17	4.08	3.63	2.50	3.33	2.71	0.67	0.75	0.71
18	3.33	4.17	3.75	2.50	3.25	2.88	0.83	0.92	0.88
19	3.42	4.17	3.80	2.83	3.67	2.79	0.59	0.50	0.55
20	3.25	3.92	3.59	2.83	3.42	2.83	0.42	0.50	0.46
\bar{X}	3.33	4.09	3.71	2.67	3.38	3.02	0.66	0.72	0.69
S.D.	0.13	0.11	0.08	0.21	0.15	0.13	0.16	0.17	0.14

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ทั้งของภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตรันัย และภาวะเชิงปรนัย เท่ากับ 3.71, 3.33 และ 4.09 ตามลำดับ และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตรันัย และภาวะ

เชิงปรนัย เท่ากับ 3.02, 2.67 และ 3.38 ตามลำดับ และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนการระลดลงทุกคน และมีค่าเฉลี่ยผลต่างของภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย เท่ากับ 0.69, 0.66 และ 0.72 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแล		
	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม
1	3.67	4.17	3.92	3.83	4.17	3.92	-0.16	0.00	-0.08
2	3.08	3.83	3.46	3.33	4.00	3.67	-0.25	-0.17	-0.21
3	3.83	4.17	4.00	4.00	4.25	4.00	-0.17	-0.08	-0.13
4	3.08	3.50	3.29	3.25	3.67	3.46	-0.17	-0.17	-0.17
5	3.33	4.17	3.75	3.50	4.08	3.79	-0.17	0.09	-0.04
6	3.25	3.67	3.46	3.67	3.83	3.67	-0.42	-0.16	-0.29
7	3.08	3.67	3.38	3.08	3.92	3.04	0.00	-0.25	-0.13
8	3.05	4.00	3.75	3.67	4.17	3.92	-0.17	-0.17	-0.17
9	3.33	4.08	3.71	3.50	4.25	3.79	-0.17	-0.17	-0.17
10	3.50	4.08	3.79	3.25	4.08	3.67	0.25	0.00	0.13
11	3.33	4.17	3.75	3.00	4.08	3.54	0.33	0.09	0.21
12	3.25	4.00	3.63	3.50	4.17	3.21	-0.25	-0.17	-0.21
13	3.25	4.08	3.67	3.42	4.17	3.80	-0.17	-0.09	-0.13
14	3.67	4.17	3.92	3.67	4.08	3.88	0.00	0.09	0.04
15	3.00	3.67	3.34	3.00	3.83	3.13	0.00	-0.16	-0.08
16	3.25	3.83	3.54	3.50	3.50	3.50	-0.25	0.33	0.04
17	3.50	4.00	3.75	3.42	4.08	3.75	0.08	-0.08	0.00
18	3.33	4.08	3.71	3.50	4.00	3.59	-0.17	0.08	-0.04
19	3.33	3.92	3.63	3.33	3.92	3.63	0.00	0.00	0.00
20	3.50	4.17	3.84	3.33	4.17	3.13	0.17	0.67	0.42
\bar{X}	3.35	3.97	3.66	3.44	4.02	3.73	-0.08	-0.05	-0.07
S.D.	0.22	0.21	0.20	0.26	0.19	0.19	0.19	0.14	0.13

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 3.66, 3.35 และ 3.97 ตามลำดับ และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 3.73, 3.44 และ 4.02 ตามลำดับ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยเพิ่มขึ้น 13 คน และลดลง 7 คน นอกจากนี้พบว่าค่าเฉลี่ยผลต่างของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ -0.07, -0.18 และ -0.05 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ผลต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	
1	19	ปานกลาง	16	น้อย	3
2	18	ปานกลาง	13	น้อย	5
3	18	ปานกลาง	13	น้อย	5
4	19	ปานกลาง	13	น้อย	6
5	22	มาก	16	น้อย	6
6	19	ปานกลาง	12	น้อย	7
7	17	ปานกลาง	11	น้อย	6
8	18	ปานกลาง	12	น้อย	6
9	17	ปานกลาง	10	ปกติ	7
10	21	มาก	15	น้อย	6
11	18	ปานกลาง	11	น้อย	7
12	19	ปานกลาง	15	น้อย	4
13	18	ปานกลาง	14	น้อย	4
14	19	ปานกลาง	12	น้อย	7
15	23	มาก	16	น้อย	7
16	17	ปานกลาง	9	ปกติ	8
17	17	ปานกลาง	12	น้อย	5
18	18	ปานกลาง	12	น้อย	6
19	18	ปานกลาง	12	น้อย	6
20	20	ปานกลาง	15	น้อย	5
\bar{X}	18.75	ปานกลาง	12.95	น้อย	5.8
S.D.	1.65		2.04		1.24

จากตารางที่ 10 พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองทุกรายมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง เท่ากับ 18.75 คะแนน อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และหลังการทดลองพบว่าผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าลดลงเหลือเพียง 12.95 คะแนน อยู่ในระดับปกติถึงน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยผลต่างของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 5.8

ตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ผลต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล
	คะแนน	ระดับ	คะแนน	ระดับ	
1	20	ปานกลาง	21	มาก	-1
2	18	ปานกลาง	20	ปานกลาง	-2
3	18	ปานกลาง	20	ปานกลาง	-2
4	19	ปานกลาง	17	ปานกลาง	2
5	23	มาก	22	มาก	1
6	22	มาก	23	มาก	-1
7	17	ปานกลาง	20	มาก	-3
8	17	ปานกลาง	20	ปานกลาง	-3
9	17	ปานกลาง	20	ปานกลาง	-3
10	20	ปานกลาง	23	มาก	-3
11	20	ปานกลาง	20	ปานกลาง	0
12	18	ปานกลาง	20	มาก	-2
13	18	ปานกลาง	20	ปานกลาง	-2
14	19	ปานกลาง	21	มาก	-2
15	20	ปานกลาง	23	มาก	-3
16	17	ปานกลาง	19	ปานกลาง	-2
17	18	ปานกลาง	20	ปานกลาง	-2
18	18	ปานกลาง	22	มาก	-4
19	19	ปานกลาง	20	มาก	-1
20	22	มาก	21	มาก	1
\bar{X}	19.00	ปานกลาง	20.60	มาก	-1.60
S.D.	1.78		1.47		1.57

จากตารางที่ 11 พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 16 คน ลดลง 3 คน และคงที่ 1 คน โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง เท่ากับ 19.00 อยู่ในระดับปานกลางถึงมากและหลังการทดลองพบว่าผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 20.60 อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก โดยมีความแตกต่างของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ -1.60

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง

ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
ภาวะโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	3.71	0.83	19	22.64	.000
หลังการทดลอง	3.02	0.13			
ภาวะเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	3.33	0.13	19	18.15	.000
หลังการทดลอง	2.67	0.21			
ภาวะเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	4.09	0.11	19	19.29	.000
หลังการทดลอง	3.38	0.15			

จากตารางที่ 12 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง ทั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ โดยคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง ($\bar{X}=3.02, 2.67$ และ 3.38 ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง ($\bar{X}=3.71, 3.33$ และ 4.09 ตามลำดับ)

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง

ภาวะซึมเศร้า ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	\bar{X}	S.D.	ระดับความรุนแรง	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	18.75	1.65	ปานกลาง	19	20.92	.000
หลังการทดลอง	12.95	2.04	น้อย			

จากตารางที่ 13 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ โดยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง ($\bar{X}=12.95$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง ($\bar{X}=18.75$)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะการดูแลของผู้ดูแล	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	\bar{X}	S.D.	df	t	\bar{X}	S.D.	df	t
ภาวะโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	3.71	0.83	38	.97	3.02	0.13	38	-13.84*
กลุ่มควบคุม	3.66	0.20			3.73	0.19		
ภาวะเชิงอัตนัย								
กลุ่มทดลอง	3.33	0.13	38	-.48	2.67	0.21	38	-10.31*
กลุ่มควบคุม	3.35	0.22			3.44	0.26		
ภาวะเชิงปรนัย								
กลุ่มทดลอง	4.09	0.11	38	2.28	3.38	0.15	38	-11.64*
กลุ่มควบคุม	3.97	0.21			4.02	0.19		

(*p = .000)

จากตารางที่ 14 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=3.02, 2.67$ และ 3.38 ตามลำดับ) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=3.73, 3.44$ และ 4.02 ตามลำดับ)

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	\bar{X}	S.D.	df	t	\bar{X}	S.D.	df	t
กลุ่มทดลอง	18.75	1.65	38	-4.6	12.95	2.04	38	-13.63*
กลุ่มควบคุม	19.00	1.78			20.60	1.47		

(*p = .000)

จากตารางที่ 15 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=12.95$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=20.60$)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่าง ของคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ค่าเฉลี่ยผลต่าง	S.D.	df	t	p-value
ภาวะโดยรวม					
กลุ่มทดลอง	0.69	0.04	38	18.15	.000
กลุ่มควบคุม	-0.07	0.03			
ภาวะเชิงอัตนัย					
กลุ่มทดลอง	0.66	0.16	38	13.45	.000
กลุ่มควบคุม	-0.08	0.19			
ภาวะเชิงปรนัย					
กลุ่มทดลอง	0.72	0.17	38	15.78	.000
กลุ่มควบคุม	-0.05	0.14			

จากตารางที่ 16 พบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่าง ของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ค่าเฉลี่ยผลต่าง	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	5.8	0.28	38	16.55	.000
กลุ่มควบคุม	-2.6	0.35			

จากตารางที่ 17 พบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการศึกษา (The pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะการดูแล และ ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองจะต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองจะต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. ภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองจะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองจะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 10 สิงหาคม 2551 ถึง วันที่ 25 กันยายน 2551 จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 แบบวัดการระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง มี 2 ชุด คือ
 - 3.1 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง เป็นเครื่องมือซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการประยุกต์กระบวนการกลุ่มบำบัดระดับประคองตามการศึกษาของ Chou, Liu, & Chu (2002) ซึ่งใช้แนวคิดกลุ่มบำบัดระดับประคองของ Yalom (1995) มีเป้าหมายเพื่อลดการระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน มีทักษะในการเผชิญปัญหา และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบ และความเหมาะสมของการดำเนินการกลุ่ม การจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละครั้ง โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยดำเนินการกลุ่ม 8 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ดำเนินการตามกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มกลุ่ม ระยะทำงานร่วมกัน และระยะยุติกลุ่ม ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 2-3 แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 4-5 แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 6 และสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 7-8 แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยดำเนินการกลุ่มทีละกลุ่มดังนี้

- ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการเปิดเผยตนเอง
- ครั้งที่ 2 ประสพการณ์เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- ครั้งที่ 3 การจัดการอารมณ์และความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- ครั้งที่ 4 การแสดงออก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิต
- ครั้งที่ 5 การจัดการกับการแสดงออก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการทางจิต

ครั้งที่ 6 การจัดการกับความคิดทางลบ และผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

ครั้งที่ 7 การพัฒนาเครือข่ายทางสังคม และการดูแลตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่ 8 ทบทวนการดำเนินกลุ่มและยุติกลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ชุด มี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบวัดการดูแลของ Montgomery, et al. (1985) ที่ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ภาระเชิงปรนัย ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ และภาระเชิงอัตนัย ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ซึ่งในการศึกษาของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .93 ส่วนค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ พบว่าเครื่องมือมีค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .88

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory) ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์ (2522) จำนวน 21 ข้อ ซึ่ง 15 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าคะแนนในแต่ละข้อตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนสูงสุดอยู่ที่ 63 คะแนนต่ำสุดที่ 0 คะแนน โดยแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ ซึ่ง ชวนชม วงศ์ไชย (2546) ได้นำมาทดลองใช้กับผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับการรักษา หรือมารับยาแทนที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 ส่วนค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ พบว่าเครื่องมือมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

3.1 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่จิราพร รักรการ (2549) พัฒนามาจากการศึกษาของ ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) และแนวคิดของ House (1980) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ตลอดเวลา ถึงไม่เป็นจริงเลย ประกอบด้วยคำถามจำนวน 19 ข้อ คำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .79 ส่วนค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ พบว่าเครื่องมือมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

3.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ จิราพร รักการ (2549) พัฒนาขึ้น โดยศึกษาจาก แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้ เลือกตอบ 1 คำตอบ ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ คำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร คูเรอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ .80 ส่วนค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างใน การศึกษาคั้งนี้ พบว่าเครื่องมือมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ ทดลอง 2) ระยะดำเนินการทดลอง และ 3) ระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถ ดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีการเตรียมการ ดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ และฝึกทักษะในเรื่องของการดำเนินการตามกระบวนการ กลุ่มสำหรับผู้ป่วย และผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้มีการศึกษาค้นคว้าทฤษฎีการทำกลุ่มบำบัด ประคับประคองด้วยตนเองเพิ่มเติมจากคู่มือ ตำรา เอกสารงานวิจัย เอกสารวิชาการ และการทำกลุ่ม บำบัดประคับประคองตามการศึกษาของ Chou, Liu, & Chu (2002) รวมทั้งปัจจัยบำบัดของ Yalom (1995) ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 เตรียมสถานที่ในการดำเนินการ โดยส่งหนังสือขอความร่วมมือ เพื่อประสานงาน รวมทั้งขอการรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และเป็นผู้ช่วยสังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน แจกให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อสอบถามความสมัครใจ

1.6 ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง แจกวัสดุประสงค์ของการศึกษา และ ให้ข้อมูลเรื่องการพิทักษ์ สิทธิกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกจัดให้มีขึ้น เพื่อบริการกับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งการให้บริการตามระบบการดูแลผู้ป่วย จิตเภทที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง เข้าสู่โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น-ราชชนรินทร์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม ทำหน้าที่ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอน มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ทำหน้าที่สังเกตและจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดถึงขั้นตอนการดำเนินการกลุ่มให้กับสมาชิกที่เข้าร่วม โครงการรับทราบตามการดำเนินการในกลุ่มบำบัดระดับประคอง 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที โดยใช้ระยะเวลาติดต่อกันทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ และดำเนินการที่ตึกกลุ่มบำบัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์

2.3 การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันทีภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการตามโปรแกรมครั้งที่ 8 โดยขอให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. ระยะการประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอีกครั้ง (Post-Test) หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองแล้วอีก 1 สัปดาห์ (ในสัปดาห์ที่ 6) และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ และ คำนวณหาค่าร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง แล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)
3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง แล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
4. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัด ประคับประคอง หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาวะการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงปรณัย และภาวะเชิงอัตนัย ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ ภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองจะต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัด ประคับประคอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองจะต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม

3. ภาวะการดูแลของผู้ป่วยจิตเภททั้งภาวะการดูแลโดยรวม ภาวะเชิงปรณัย และภาวะเชิงอัตนัย ในผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 คือ ภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองจะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 คือ ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองจะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองมีผลทำให้ ภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 โดยเมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะเชิงอัตนัยและเชิงปรนัย ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ผลการวิจัยที่พบสรุปได้ว่า โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์สามารถช่วยลดภาวะการดูแลได้ โดยสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ว่า เนื่องจากภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Montgomery, et al. (1985) จำแนกออกเป็น 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงปรนัย (Objective burden) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแล ที่เกิดจากงานหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายใน และ ภาวะเชิงอัตนัย (Subjective burden) ซึ่งเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทักษะคิด และ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง และรู้สึกทุกข์ในการที่ต้องดูแลผู้ป่วย ดังนั้น การดำเนินการตามกระบวนการกลุ่มที่ผู้วิจัยใช้ใน โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ซึ่งพัฒนาขึ้น สามารถส่งผลต่อการลดภาวะการดูแลในแต่ละด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ การดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพและการเปิดเผยตนเอง จะเป็นการดำเนินการที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความไว้วางใจ เป็นการสร้างแรงจูงใจ และชี้ให้ผู้ดูแลเห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่ม ทำให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ถือเป็น การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าที่เกิดขึ้นมาจากกระบวนการกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์นั้น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประจักษ์ประจักษ์จิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็ง มีพลังที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาวะเชิงปรนัยลดลงได้ (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) ในส่วนของการดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 2 เรื่องประสบการณ์เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การดำเนินการในครั้งนี้ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาและความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้น อีกทั้งยังเกิดการแบ่งปันความรู้สึก และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแล ถือเป็น การสร้างให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าคุณได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งถือเป็นกระบวนการสำคัญที่เกิดขึ้นในการดำเนินการกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ (Chou, Liu, & Chu, 2002) และความรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้าน

อารมณ์ที่เกิดขึ้นในการดำเนินกลุ่มครั้งนี้ ช่วยทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์มั่นคงในการต่อสู้กับปัญหา ทำให้เกิดการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถหลีกเลี่ยงสถานะที่ทำให้เกิดความเครียด ทำให้การรับรู้ภาวะเชิงอัตนัยลดลง (Cohen & Wills, 1985; Chou, Liu, & Chu, 2002) สำหรับการดำเนินกลุ่มครั้งที่ 4 เรื่องการแสดงออก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา จากอาการทางจิต เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค รวมทั้งการแสดงออก และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการให้ข้อมูล (Information) ถือเป็นองค์ประกอบหลักของกลุ่มบำบัดระดับประคอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาวะเชิงปรนัยลดลง (Montgomery, et al, 1985) สอดคล้องกับการผลการศึกษาของ จิราพร รักรการ (2549) เกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและมีความพร้อมในการดูแล ทำให้การรับรู้ภาวะเชิงปรนัยลดลงได้ นอกจากนี้ในการดำเนินกรกลุ่มครั้งที่ 7 ซึ่งเป็นการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม และการดูแลตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการให้ข้อมูล (Information) เกี่ยวกับทรัพยากรในชุมชน ความช่วยเหลือทางการเงิน การเยี่ยมบ้าน และบริการทางการแพทย์ รวมทั้งการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุ จะช่วยลดความเครียดในการดูแล ส่งผลให้การรับรู้ภาวะเชิงปรนัยลดลง (ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) อีกทั้งการให้ผู้ดูแลได้พัฒนาเครือข่ายทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มาก (Thomson, et al., 1993) ส่งผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และเป็นการช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ทำให้การรับรู้ภาวะเชิงปรนัยและอัตนัยลดลง (Cohen, & Wills, 1985; Thompson, & Doll, 1982)

2. ภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองจะต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีการรับรู้ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัยก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ โปรแกรมวางแผนการจำหน่าย การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลการให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นระบบการพยาบาลที่ยังไม่มีการใช้กลุ่มบำบัดระดับประคองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลยังไม่ได้รับการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจเหมือนในกลุ่มทดลอง จึงทำให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมแตกต่างกับผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีรูปแบบชัดเจน ทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร จะทำให้ผู้ดูแลมีทักษะ

ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาวะเชิงประนียลดลง (Montgomery, et al, 1985) ในส่วนของการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman, 1986 อ้างถึงใน ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) จะส่งผลโดยตรงต่อภาวะเชิงอัตนัย (Chou, Liu, & Chu, 2002) ดังนั้น ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัด ประคับประคองจึงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการดำเนินการต่างๆ ตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้ เช่น ในการดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 3 เป็นกระบวนการกลุ่มที่ช่วยให้สมาชิกได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาและลดผลกระทบจากความเครียดที่มีต่อการดูแล ซึ่งการได้แลกเปลี่ยนทักษะการเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการลดภาวะเชิงอัตนัย (Chou, Liu, & Chu, 2002) และลดภาวะซึมเศร้าตามมาในที่สุด (Cohen, & Wills, 1985) การดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 6 การจัดการกับความคิดทางลบและผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง เนื่องจากสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะซึมเศร้า เกิดจากการที่ผู้ดูแลมีความคิดด้านลบ 3 ด้าน ตามที่ Beck et al. (1961) กล่าวไว้ ทั้งความคิดด้านลบต่อตนเอง เช่น โทษตนเองว่ามีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต คิดว่าตนเองไร้คุณค่าและเป็นที่รังเกียจของสังคมเพราะต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Jungbauer et al., 2003) ความคิดด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม เช่น รู้สึกว่าตนเองต้องรับภาระอยู่คนเดียวไม่มีใครเข้าใจและไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Barns et al., 1981) และ คิดด้านลบต่ออนาคต เช่น คิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเต็มไปด้วยปัญหาอุปสรรค ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาให้หายขาดจึงจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้เกิดความท้อแท้ สูญเสียความหวังในอนาคต และขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต (วนิดา เปรียญม, 2546) ซึ่งการดำเนินการกลุ่มในครั้งนี้ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้น นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มยังช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) และฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (Coping) จนเกิดทักษะในการจัดการกับอารมณ์ เกิดความรู้สึกด้านบวกต่อตนเอง และเกิดความหวัง

อันเป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่งจะส่งผลต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (Chou, Liu, & Chu, 2002) ส่วนในการดำเนินการกลุ่มครั้งที่ 7 การพัฒนาเครือข่ายทางสังคม และการดูแลตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรในชุมชน ความช่วยเหลือทางการเงิน การเยี่ยมบ้าน และบริการทางการแพทย์ รวมทั้งการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ถือเป็น การพัฒนาเครือข่ายทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม และมีโอกาสได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์รวมทั้งการได้รับข้อมูลย้อนกลับมากขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ส่งผลให้เกิดความมีคุณค่าในตนเอง และช่วยลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย (Thompson, et al., 1993) ช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ตามมา จนส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลลดลงได้ในที่สุด (Chou, Liu, & Chu, 2002)

2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 สามารถอธิบายได้ว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ โปรแกรมวางแผนการจำหน่าย การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแล การให้คำแนะนำตามปัญหา การดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นระบบการพยาบาลที่ยังไม่มีที่ยังไม่มีการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลยังไม่ได้รับการสนับสนุนประคับประคองทางด้านจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม ด้านอื่นๆ ที่ชัดเจนเหมือนในกลุ่มทดลอง ด้วยเหตุนี้จึงพบว่าภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร้าลดลงน้อยกว่าในกลุ่มทดลอง เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในกระบวนการกลุ่มบำบัดประคับประคองเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอันเป็นผลเนื่องมาจากการดูแล และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยในผู้ดูแล (Song, Biegel, & Milligan; 1997) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rautkis, Koeske, & Tereshko (1995) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ทั้งนี้เพราะการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลาย และมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแล (Lowton, et al., 1989) จึงทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมแตกต่างกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง

ดังนั้น สรุปได้ว่า การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง มีผลต่อการลดภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าได้มีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ ดังจะเห็นได้จากผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้า พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการต่างๆ ของกลุ่มบำบัดประคับประคอง ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงความคิดและความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นความรู้สึกทางบวก และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ทำให้ผู้ดูแล

เข้มแข็ง มีความหวังและกำลังใจ เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้การดูแลลดลง และส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าลดลงด้วย อีกทั้งภายหลังจากการดำเนินการตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ครบทั้ง 8 ครั้งแล้ว ยังทำให้เกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ พร้อมทั้งมีการนัดหมายเพื่อมาฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดร่วมกัน ซึ่งมีผู้ป่วยจิตเภทมาร่วมฝึกด้วย ซึ่งเครือข่ายแบบไม่เป็นทางการที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงสนับสนุน ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ ซึ่งทำให้เกิดความต่อเนื่องและความยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ต่อการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการหลักที่สำคัญ คือ การให้ข้อมูล การแก้ไขปัญหา การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา และการสนับสนุน ไปใช้ในการสนับสนุนระดับประจักษ์แก่ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลหรือในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการลดภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.2 การนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ไปใช้ พยาบาลสามารถปรับรูปแบบของการดำเนินการ และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนให้เหมาะสมกับความต้องการและศักยภาพของผู้ดูแลแต่ละกลุ่มได้ โดยเฉพาะสามารถปรับเปลี่ยนภาษาที่ให้ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้นๆ ได้ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มอื่นๆ หรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

1.3 ใช้ ผู้ที่จะนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ไปใช้ จะต้องเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์และทักษะการทำกลุ่มบำบัด รวมทั้งมีความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ควรมีการทำความเข้าใจกับเนื้อหา และขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมนี้ก่อนนำไปใช้ นอกจากนี้การที่จะนำโปรแกรมนี้ไปใช้ได้ต้องมีประสิทธิภาพ ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการอย่างละเอียด

1.4 การใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้า ควรมีการติดตามระยะยาวทุก 6 และ 12 เดือน เพื่อติดตามความคงอยู่ของผลที่เกิดจากโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรมีการเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ให้ครอบคลุมปัญหา และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะปัญหาการเกิดการดูแล และปัญหาด้านจิตใจ อาทิ ภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ให้นักศึกษาได้ตระหนัก และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการวางแผนการพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง โดยมีการติดตามผลตามระยะ (Quasi experimental time series design) 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในแต่ละรายในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลเป็นระยะ ๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลที่ไม่สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดการคงอยู่ของความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และการรับรู้ภาวะหรือปัญหาของผู้ป่วยน้อยลง

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่ชัดเจน เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาออกแบบรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกวรรณ ทาสอน. (2545). ผลของกลุ่มการเรียนรู้ต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กัลยา ใฝ่เกาะ. (2537). ผลของกลุ่มการบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัลยาณี โนนินทร์. (2542). การดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดน่าน. โครงการศึกษาอิสระปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษม ดันติผลาชีวิต. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จอม สุวรรณ โณ. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล. 47(3): 147-157.
- จิราพร รักรการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชวนชม วงศ์ไชย. (2546). ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชะอุทธิ์ พงศ์อนุตรี. (2531). คู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์พลชัย.
- ชูทิศย์ ปานปรีชา. (2545). จิตเภท โรคฮิตติดอันดับ. วารสารชีวิต. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์บุ๊คเซ็นเตอร์.
- โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย. (2547). ผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แพนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทูลภา นุปผาลังข์. (2545). **ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ครุณี คชพรหม. (2543). **ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). **โรคซึมเศร้า รักษาหายได้**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรการพิมพ์.
- ดาวรุ่ง หนูแก้ว. (2546). **ผลการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาสุขภาพต่อการปรับตัวและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทมาภรณ์ บุณสมบัติ. (2547). **ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). **กรณีศึกษา : ผลของการใช้โปรแกรมก่อนกำหนดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทีปประพิณ สุขเขียว. (2543). **การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ (2539). **ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 41(1): 2-17.
- นฤมล จันทร์ขำ. (2547). **การศึกษาการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลที่เน้นทฤษฎีภวนิยม ต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม**. โครงการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่อภาวะและ
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เนตรนภา คู่พันธ์. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อรังเขต 12. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท
แอนด์ ไออินเตอร์มีเดียจำกัด,
- ประคอง วรรณสูตร. (2530). สถิติวิจัยทางการแพทย์. ปทุมธานี: ศูนย์หนังสือ ดร.ศรีสง่า.
- ประคอง วรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:
ด้านสุทธาการพิมพ์.
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2541). เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM IV ฉบับ
ภาษาไทย (ใช้รหัส ICD -10). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และธรรชัย คงสกันธ์. (2542). กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน. พิมพ์ครั้งที่ 2.
- ปรีชา สุวิงบุตร. (2543). ภาวะซึมเศร้าและการแสวงหาความช่วยเหลือของนักเรียนมัธยมศึกษาตอน
ปลายกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และ
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปานจันทร์ อิ่มหน้า. (2547). ผลของกลุ่มสนับสนุนต่อความเหนื่อยล้าของสตรีที่เป็นมะเร็งระบบ
สืบพันธุ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยะฉัตร สะอาดเยี่ยม. (2544). ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต
เวชด้านจิตวิญญาณ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย
ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนและขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2547). ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. สงขลา:
ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2549). เอกสารประกอบการสอนการวิเคราะห์ประเด็นการปฏิบัติการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร. (2534). **จิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: หน่วยวารสารวิชาการคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงษ์สงวนสิน. (2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, 9(3), 113-127.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2541). **จิตเวชศาสตร์**. ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ชวนพิมพ์
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). **จิตเวชศาสตร์รามาชิตี**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชิตี มหาวิทยาลัยมหิดล, ยอดสร้อย วิเวกรรณ. (2543). **สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิริทิมงคล. (2542). **ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล**. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 13: 1-8.
- รจนา ปุณโณทก และนภาพร เอี่ยมลออ. 2549. **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวกับสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท**. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา**. 14(3): 64-72.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). **การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์ และจินตนา ตั้วรวงศ์ชัย. (2542). **ผลของการทำกลุ่มประคับประคองต่อความเครียดของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราในกบฏโยเซฟจังหวัดขอนแก่น**. **วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. 13: 64-72.
- รัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์. (2544). **การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้ค้นพบพลังในตนเอง**. **วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. 14(1).
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). **ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- เลอสรณ์ พุ่มชูศรี. (2531). **โรคจิตเภท**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- วนิดา เปรียญอม. (2546). **ความเข้มแข็งอดทนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัชณี หัตถพนม และคณะ. (2529). **ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น**. รายงานการวิจัย ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วัชรารัตน์ อุทโยภาส. (2542). **การศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา**. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.
- เวทินี สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญ และ เอ็มหทัย ศรีจันทร์หล้า (2544). **ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ: Strategies Used by Caregiver in Managing Psychiatric Patients at Home**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 46(2).
- วาสนา ปาดอก. (2545). **กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). **การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล**. วารสารพยาบาลศาสตร์, 21(14): 33-37.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. (2544). **การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์**. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรณภา นันทพงศ์. (2542). **การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สมคิด ตีร์ราภิ. (2545). **ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินต์ติ้ง จำกัด.
- สมชาย จักรพันธุ์. (2543). **แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต**. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. (อัดสำเนา).
- สมภพ เรืองตระกูล และคณะ. (2544). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุขภาพจิต, กรม. (2550). จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 15(1): 57-59.

สุขภาพจิต, กรม. (2549). ข้อมูลสถิติ. Available at: <http://www.dmh.moph.go.th>.

สุขภาพจิต, กรม. (2550). ข้อมูลสถิติ. Available at: <http://www.dmh.moph.go.th>.

สุนี ประเสริฐศรี. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง. โครงการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2527). ความวิตกกังวล. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุวิมล สมัดละ. (2541). ผลการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุมาลี สัยยะสิทธิพานิชย์ และคณะ. (2541). การศึกษาเรื่องการจัดกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองสำหรับ ผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสวนปรุง. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ. (2545). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรพรรณ ถีทองอิน. (2543). ผลการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 43(1): 14-28.

อรพรรณ ถีบุญธวัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.

อรพรรณ ถีบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ถีบุญธวัชชัย. (2548). การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 (ก.ค.-ธ.ค. 2548).

อรพรรณ ถีบุญธวัชชัย. (2549). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธนาเพลส.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ: เพ็ญฟ้าพรินติ้ง.

เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสาร จำกัด

ภาษาอังกฤษ

- Alison M. Heru and Christine E. Ryan. (2002). Depressive Symptoms and Family Functioning in the Caregivers of Recently Hospitalized Patients with Chronic/ Recurrent Mood Disorders. **International Journal of Psychosocial Rehabilitation**. 7, 53-60.
- Atwood, N., & Williams, M. (1987). Group support for the families of the mentally ill. **Schizophrenia Bulletin**. 4: 415-425.
- Barbara C. Moore. (2005). Empirically Supported Family and Peer Interventions for Dual Disorders. **Research on Social Work Practice**. 15(4); 231-245.
- Barnes, R.F., Raskind, M.A., Scott, M., Murphy, C. (1981). Problem of families caring for Alzheimer patients: use of support group. **Journal of the American Geriatrics Society**. 12(2); 80-85.
- Barry.P.d. (1989). **Psychosocial Nursing: Assessment and Intervention**. 2nd . ed. Pennsylvania.J.B. Lippincott.
- Basher, S., Niazi, R. S., Minhas, F. A., Ali, W. & Najam, N. (2004). **Depression and Anxiety in the Caregivers of Mentally Ill Patients**. Available at: www.jppts.com.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. and Erbaugh, J., (1961). An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**. 4, 561–571.
- Beck,A.T. (1967). **Depression: clinical experimental and theoretical aspect**. New York: Hoeber Medical Division.
- Beck,A.T. (1979). **The Diagnosis and management of depression**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Becker, M. H. (1974). **The health belief model and personal health behaviors**. Charles B. Slack, Inc.: New Jersey.
- Beck, M.H. and Janz, N.K (1984). The health belief model and personal health behavior. **Health Education Quarterly**. 11(1):1-47
- Beeber. L.S. and Schmitt, M. H. (1986). Cohesiveness in group: a concept search of a definition. **Advances in nursing Science**. 8(2): 1-11.
- Bull, M. J. (1990). Factors influencing family caregiving burden and health. **Western Journal of Nursing Research**. 12: 758-776.
- Burman, S. (2003). Battered Woman: Stage of Change and Other Treatment Model That Instigate and Sustain Leaving. **Brief Treatment and Crisis Intervention**. 3; 83-98.

- Chien, W. T. Chan S. W. C. & Thompson D. R.. (2006). Effects of mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18-month follow-up. **British of Psychiatry**. 189, 41-49.
- Christie, L. & Norma, G. C.. (2003). Depression in Rural Hospice Family Caregivers. **Journal of Rural Nursing and Health Care**. 3(1): 15-28.
- Chou K. R., Liu S. Y. & Chu H. (2002). The effects of support groups on caregivers of patients with Schizophrenia. **International Journal of Nursing Studies**. 39: 713-722.
- Clark, C. C. (1977). **The nurse as group leader**. New York: Springer Publishing.
- Cobb, S. (1981). Social support, and buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**. 98: 310-352.
- Cohen, D. and Eisdorfer, C. (1988). Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease. **Journal of the American Geriatric Society**. 36(10): 885-889.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**. 98: 310-352.
- Cook, J. A., Heller, T. & Pickett-Schenk, S. A. (1999). The effect of support group participation on caregiver burden among parents of adult offspring with severe mental illness. **Family Relation**. 48(4): 405-410.
- Crotty, P., & Kuly, R. (1986). Are schizophrenia a burden to their families? Significant others view. **Health Social Worker**. 11: 173-188.
- Dangdomyouth, P. (2006). **Family Caregiving Process for a Person with Schizophrenia**. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy program in nursing science. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregiver. **Family & Community**. 15(2); 1-9.
- Deborah A. Perlick. (2007). Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. **British Journal of Psychiatry**. 190: 535-536.
- Drescher, R. (1986). Mutual support group for families of mentally ill. In M. Z. Goldstein (Ed.). **Family involvement in the treatment of schizophrenia**. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Dyck, D. G., Short, R. & Vitaliano, P. P. (1999). Predictors of burden an infectious illness in schizophrenia caregiver. **Psychosomatic Medicine**. 61: 411-419.
- Eakes, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. **Archives of Psychiatric Nursing**. 9: 77-84.

- Elizabeth L. Jeglic, Carolyn M. Pepper, Karen A. Ryabchenko, James W. Griffith, Allison B. Miller and Matthew D. Johnson. (2005). Caregiving Model of Coping with a Partner's Depression. **Family Relation**,54: 37-45.
- Elloit, D. P. (1998). Chronic issues in patients with dementia. **Journal of the American Society of Consultant Pharmacists**. 13: 11A1-11A8.
- Fallon, I. R. H., Boyd, J. L., & McGill, C. W. (1984). **Family care of schizophrenia**. New York: Guilford
- Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kerneny, M. E., Elashoff, R., & Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. **Archives General Psychiatry**. 47: 720-725.
- Fennell, M.J.V. (1989). **Cognitive behavior therapy for psychiatric problem** .Oxford : Oxford University Press.
- Franklin, D.J. (2000). **Cognitive therapy for depression**. Available at: <http://www.Psychologyinfo.com/depression/cognitive.htm>.
- Frisch, N. J. (2002). **Group Therapy**. Psychiatric mental health nursing (2nd ed.). Newyork: Delmar.
- Furlong, M. and Oei, T. P. (2002). **Change to Automatic Thoughts and Dysfunctional Attitudes in Group CBT for Depression**. Available at: <http://eprint.uq.au/archive/pdf>
- Greenberg, S. J., Greenley, J. R., Mckee, D., Brown, R. & Griffin-Francell, C. (1993). Mother caring for an adult child with schizophrenia: The effects of subjective burden on maternal health. **Family Relation**. 42; 205-211.
- Hamlet, E. and Read, S. (1990). Caregiver education and support group: A hospital based group experience. **Journal of Gerontological Social Work**. 15: 75-88.
- Hasting-Vertino, K.,Getty, C. and Wooldridge, P. (1996). Development of a tool to Measure Theraputic factors in Group Process. **Acheives of Psychiatric Nursing**. (10) 4 August: 221-228.
- Hobb, T. R. (1997). Depression in the caregiver mothers of adult schizophrenia: A test of the resource deterioration model. **Community Mental Health Journal**. 33(5): 387-398.
- House, J. S. (1981). **Work stress and social support**. MA: Addison-Wesley.
- Hoyert, D. L., & Seltzer, M. M. (1992). Factors Related to the Well-Being and Life Activities of Family Caregivers. **Family Relation**. 41, 74-81.

- Jed, J. (1989). Social support for caretakers and psychiatric rehospitalization. **Hospital and Community Psychiatry**. 49:1297-1299.
- Jungbauer, J. Stelling, K. Dietrich, S. & Angerneyer, M. C. (2003). Schizophrenia: problem of separation in families. **Journal of Advanced Nursing**, 47(6): 605-613.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). **Synopsis of psychiatry**. Baltibore: Williams and Wilkins.
- Kasuya, T.R.I. (2000). Caregiver burden and burnout: A guide for primary care physicians. **Postgraduate Medicine**. 108(7): 23-26.
- Katz, I. R. (1996). On the inseparability of mental and physical health in age persons lessons from depression and medical comorbidity. **American Journal Geriatric Psychiatry**. 4: 1-16.
- Kinney, C., Mannerter, R., & Carpenter, M. (1992). **Support groups**. Nursing intervention:Essential nursing treatments (2nd ed.).Philadelphia: W.B. Saunders.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H. Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. **Journal of Gerontology**. 44: 61-71.
- Lim, Ym. & Ahn. YH. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenia patients in Korea. **Applied Nursing Research**. 16(2): 110-117.
- Magliano, L., et al. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 33, 405-412.
- Marram, G.D. (1978). **The Group Approach in Nursing Process**. 2nd. Cd. Saint Louis: The C.V. Mosby Co.
- Marsh, D. & Johnson, D. (1997). The family experience of mental illness: Implication for intervention. **Professional Psychology: Research and Practice**. 28(7): 229-237.
- Martyns-Yellowe. (1992). The burden of schizophrenia on the family: A study from Nigeria. **British Journal of Psychiatry**. 161: 779-782.
- Miller, J. F. (1992). **Coping with Chronic Illness: Outcoming Powerlessness**. 2nd ed. Philadelphia: FA.Davis.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and Experience of Subjective and Objective Burden. **Family Relation**, 34, 19-26.
- Montgomery, R. J. V., Stull, D. E., & Borgatta, E. F. (1985). Measurement and analysis of burden. **Research on Aging**. 7: 137-152.

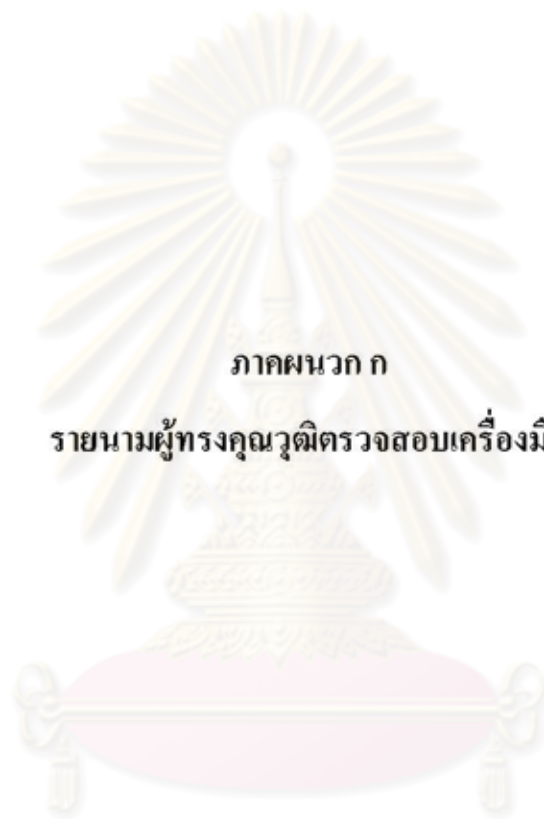
- Mortimer, J. B., Gore-Felton, C., Kimerling, R. Turner=Cobb, J. M., & Spiegle, D. (1999).
Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: A review of
the effectiveness of group psychotherapy. **European Journal of Cancer**. 35; 1581-1586.
- Orem, D.E. (1985). **Nursing: Concepts of practice (3th ed)**. St louis: Mosby-Year Book.
- Pai, S., & Kapur, R. L. (1981). The burden on the family of psychiatric patient: Development of and
interview schedule. **British Journal of psychiatry**. 138: 332-335.
- Pender, N. J. (1978). **Health promotion in nursing practice**. 2nd California: Appleton & Lange.
- Polit, D.F. & Beck,C.T. (2004). **Nursing Research:Principles and Methods**.7th Edition. Lippincott.
Philadelphia. New York. p 310.
- Rauktis, M. E., Koeske, G. F., & Tereshko, O. (1995) . Negative social interaction, distress, and
depression among those caring for a seriously and persistently mentally ill relative. **American
Journal of Community Psychology**. 23(2): 279-299.
- Rose, L. Finestone, K., & Bass, J. (1985). Group support for families of psychiatric patients. **Journal
of Psychosocial Nursing and Mental Health Service**. 23(12): 24-29.
- Ruppert, R. A. (1996). Caring for lay caregiver. **American Journal of Nursing**. 96; 40-45.
- Sandock, J.B., and Sadock, A.V. (2000). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**.
Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Saunders, J. C. (2003). Family living with severe mental illness: A literature review. **Mental Health
Nursing**. 24: 175-198.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related function of social support.
Journal of Behavioral Medicine. 4: 381-406.
- Shapiro, R., Possidente, S., Plum, K., & Lehman, A. (1983). The evaluation of a support group for
families of the chronic mentally ill. **Psychiatric Quarterly**. 55: 236-241.
- Shu, B.-C. & Lung, F.-W. (2005). The effect of support group on the mental health and
quality of life for mothers with autistic children. **Journal of Intellectual Disability
Research**. 49(1), 47-53.
- Song, L., Biegel, D., & Milligan, S. (1997). Predictor of depressive symptomatology among lower
social class caregivers of persons with chronic mental illness. **Community Mental Health
Journal**. 33(4): 269-286.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., & Yalom, J. (1981). Group support for patients with metastatic cancer: A
randomized prospective outcome study. **Archives General Psychiatry**. 38:527-533.

- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2001). **Principle and practice of psychiatric nurse (7th ed.)**. St.Louis: Mosby.
- Taj, R., Hameed, S., Mufti, M., Khan, A., & Rehman, G. (2005). Depression among primary caregivers of Schizophrenic patients. **Pakistan Institute of Medical Sciences**. 1(2); 101-104.
- Thomas, K. H., Lisa, A. C., & Daniel, E. F. (2002). Internet Support Groups for Depression: A 1-Year Prospective Cohort Study. **Am J Psychiatry**. 159: 12.
- Thompson, E. H. & Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: An invisible crisis. **Family Relation**. 31: 379-388.
- Thompson, E.H., Futterman, A.M., Gallagher-Thompson, D., Rose. J.M., & Lovett, S.B. (1993). Social Support and Caregiving Burden in Family Caregivers of Frail Elders. **Journals of Gerontology**, 48, 245-254.
- Yalom, I. D. (1995). **The Theory and Practice of Group Psychotherapy**.4nd. ed. NewYork: Basic Books.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก


รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายแพทย์สามภพ สาระกุล นายแพทย์ ระดับ 8
โรงพยาบาลพระปกเกล้าจ.จันทบุรี
2. อาจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. คุณภาวินี ชนบดีธรรมจารี พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 (พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง)
สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ
4. คุณนพรัตน์ ไชยธานี พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 (พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง)
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี
5. คุณวรางคณา จำปาเงิน พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 (พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง)
โรงพยาบาลสามชุกจ.สุพรรณบุรี

ศูนย์วิทยพัทพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

1. โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง
2. ตัวอย่างคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล
ที่มีภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้า
3. แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. แบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการดำเนินโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง
ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการเปิดเผยตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มละ 10 คน

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิก และระหว่างสมาชิกกลุ่มกับผู้วิจัย
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบของการเข้าร่วมกลุ่ม
3. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกลุ่ม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มกับผู้วิจัย
2. สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วม โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง
3. สมาชิกเปิดเผยเรื่องราวของตนเองในกลุ่ม

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสนับสนุนทางสังคมชนิดหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการ ได้รับการดูแลในภาวะที่ต้องการการพึ่งพา หรือการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ (Miller, 1992) เป็นกระบวนการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจ และเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง ซึ่งนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ทำให้เกิดการทำงานในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และดำเนินกิจกรรมกลุ่มจนบรรลุวัตถุประสงค์ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือระดับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็ง (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2545)

การดำเนินกลุ่มในครั้งนี้ เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ และการเปิดเผยตนเอง เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป แนะนำกลุ่ม วัตถุประสงค์ กฎ และข้อบังคับต่างๆ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจ และกล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง แนะนำตนเอง และเล่าประสบการณ์ความเป็นมาในการเข้ามาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อให้เกิดปัจจัยบำบัดภายในกลุ่ม โดยปัจจัยบำบัดต่างๆ ที่ผู้วิจัยมุ่งหวังจะให้เกิดในการดำเนินกลุ่มในครั้งนี้ ได้แก่ การผูกพันจิตใจต่อกัน (Group Cohesiveness) การมีความเป็นสากล (Universality) การเรียนรู้

มนุษยสัมพันธ์ (Interpersonal Learning Input) การปรับปรุงการมีมนุษยสัมพันธ์ (Interpersonal Learning Output) การได้ระบายออก (Catharsis) และการได้รู้ถึงความจริงของชีวิต (Existential Factors) เป็นต้น

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1/1 ตารางการดำเนิน โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง
2. ใบงานที่ 1/1 บอกเหตุผลที่ต้องมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม และการร่วมแสดงความเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิก และผู้วิจัยกับสมาชิก</p> <p>2.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>การสร้างสัมพันธภาพคือการที่ผู้วิจัยพยายามสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นกับสมาชิกในกลุ่ม ทำความรู้จักคุ้นเคย ไม่ใช่แค่การรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><u>ระยะเริ่มกลุ่ม</u></p> <p><u>ใช้เวลาประมาณ 15 นาที</u></p> <p>1. ให้สมาชิกนั่งล้อมเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน</p> <p>2. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิก โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง และประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิก จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเองทีละคน</p> <p>3.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ใบความรู้ที่</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>1. สมาชิกพูดคุย กล่าวทักทายกันด้วยความเป็นกันเอง</p> <p>2.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล
ที่มีภาระการดูแลและภาวะ ซึมเศร้า



จัดทำโดย
คุณหญิงวิทย์พัชร์พญากร
นางสาวปานิสรา เกษมสุข
อาจารย์ที่ปรึกษา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ. ดร.เพ็ญนิภรณ์ อุทิศ และ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมมุกต์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้มีความสำคัญยิ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วย ถือเป็นบทบาทหรือหน้าที่ที่จำเป็นที่ต้องทำ หากผู้ดูแลหรือครอบครัวรู้วิธีดูแล และปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

“คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลที่มีภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้า” เป็นคู่มือสำหรับผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยจิตเภท ในการเรียนรู้ให้เข้าใจลักษณะของโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และนอกจากนี้ยังใช้เป็นแนวทางในการดูแลตัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าด้วย อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ได้ท่ามกลางสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น และส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถและมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความรู้สู่สังคมและการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภท

* **ความรู้สึกทางลบ** ที่พบบ่อย ได้แก่ หงุดหงิด ท้อแท้ หมดกำลังใจ เบื่อ เอือมระอา อับอาย วิตกกังวล หนักใจ ความรู้สึกทางลบเหล่านี้ หากผู้ดูแลแสดงออกโต้ตอบผู้ป่วย ก็อาจทำให้เสียความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เป็นผลให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการเข้ารับการรักษา

* **ความรู้สึกทางบวก** เช่น ความหวังต่อผลการรักษาอยากให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ดีใจเมื่อเห็นผู้ป่วยรับประทานยาครบถ้วน ภูมิใจเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง และทำงานได้เหมือนก่อนมีอาการป่วย ฯลฯ หากสมาชิกได้แสดงออกถึงความรู้สึกเหล่านี้ต่อผู้ป่วย ก็จะเป็นแรงส่งให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง และยินดีร่วมมือในการรักษา



ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. อายุ.....ปี
2. เพศ
() ชาย
3. สถานภาพสมรส

() หญิง

- () โสด () หย่า
 () คู่ () แยกกันอยู่
 () หม้าย
4. ระดับการศึกษา
- () ไม่ได้เรียน () ปวช.
 () ประถมศึกษา () ปวส., อนุปริญญา
 () มัธยมศึกษาตอนต้น () ปริญญาตรี
 () มัธยมศึกษาตอนปลาย () สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
- () เกษตรกรรม () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 () ค้าขาย () อยู่บ้านเฉยๆ/งานบ้าน
 () รับจ้าง () อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)
- () ต่ำกว่า 4,000 บาท () 4,000-8,000 บาท
 () 8,001-10,000 บาท () มากกว่า 10,000 บาท
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
- () บิดา () สามี
 () มารดา () ภรรยา
 () พี่ () บุตร
 () น้อง () อื่นๆ ระบุ.....
8. รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา.....ปี
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

ศูนย์เวชศาสตร์พยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย X ทับตัวเลขหน้าข้อความเพียงข้อเดียวเท่านั้นที่ตรง หรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

1. 0 ฉันไม่รู้สึกริมเสว้า
1 ฉันรู้สึกริมเสว้า
2 ฉันรู้สึกริมเสว้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
3 ฉันรู้สึกริมเสว้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว

2. 0 ฉันไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้กับอนาคต
1 ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
2 ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
3 ฉันรู้สึกว่าไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้

3. 0 ฉันไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว
1 ฉันรู้สึกว่าจะทำอะไรล้มเหลวมากกว่าบุคคลอื่น
2 เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ทำให้ฉันจำได้คือความล้มเหลวทั้งหมด
3 ฉันรู้สึกว่าเป็นคนที่ทำอะไรล้มเหลวมาโดยตลอด

4. 0 ฉันมีความพอใจในทุกสิ่งทุกอย่าง
1 ฉันรู้สึกไม่พอใจในทุกสิ่งทุกอย่างที่ฉันทำดังเช่นเคย
2 ฉันไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกสิ่งทุกอย่างอีกต่อไป
3 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกพอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง

5. 0 ฉันไม่เคยรู้สึกผิด
1 ฉันรู้สึกผิดบางครั้ง
2 ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา
3 ฉันรู้สึกผิดตลอดเวลา

6. 0 ฉันไม่รู้สึกว่าฉันถูกลงโทษ
1 ฉันรู้สึกว่าจะฉันอาจจะถูกลงโทษ
2 ฉันคิดว่าฉันถูกลงโทษ
3 ฉันรู้สึกว่าจะถูกลงโทษ

7. 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกผิดหวังในตนเอง
1 ฉันรู้สึกผิดหวังในตนเอง

- 2 ฉันรู้สึกขะเขยงในตนเอง
3 ฉันเกลียดตัวเอง
- 8 0 ฉันไม่รู้สึกว่าฉันเลวกว่าคนอื่น
1 ฉันชอบวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด
2 ฉันดำเนินตนเองตลอดเวลาเกี่ยวกับสิ่งที่ผิด
3 ฉันดำเนินตนเองสำหรับทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น
- 9 0 ฉันไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย
1 ฉันคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง
2 ฉันอยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน
3 ฉันจะฆ่าตัวตายเมื่อมี โอกาส
- 10 0 ฉันไม่ร้องไห้โดยจำเป็น
1 ฉันร้องไห้มากกว่าที่เคย
2 ทุกวันฉันร้องไห้เสมอ
3 ฉันเคยร้องไห้ แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออกแม้จะต้องการร้องเหลือเกิน
- 11 0 ฉันไม่ใช่คนที่ฉุนเฉียวโกรธง่าย
1 ฉันเป็นคนฉุนเฉียวโกรธง่ายกว่าเมื่อก่อน
2 ฉันเป็นคนขี้รำคาญและ โกรธง่ายตลอดเวลา
3 ฉันรู้สึกโกรธง่ายตลอดเวลา
- 12 0 ฉันให้ความสนใจผู้อื่นเสมอ
1 ฉันสนใจผู้อื่นน้อยลงกว่าที่เคย
2 ฉันเลิกสนใจผู้อื่นเป็นบางเวลา
3 ฉันไม่สนใจผู้อื่นอีกเลย
- 13 0 ฉันตัดสินใจอะไรได้เหมือนอย่างที่เคยทำ
1 ฉันพยายามหลีกเลี่ยงการตัดสินใจมากกว่าที่เคย

- 2 ฉันมีความลำบากอย่างยิ่งในการตัดสินใจ
- 3 ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้เลย
- 14 0 ฉันไม่รู้สึกว่าฉันแตกต่างไปจากเมื่อก่อน
- 1 ฉันวิตกว่าฉันจะดูแก่และไม่น่าสนใจ
- 2 ฉันรู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ในท่าทีของฉันที่ทำให้ฉัน ไม่น่ามองอีกต่อไป
- 3 ฉันเชื่อว่าฉันเป็นคนน่าเกลียดมาก
- 15 0 ฉันสามารถทำงาน ได้เหมือนเคย
- 1 ฉันต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นกว่าจะเริ่มทำงานบางสิ่งบางอย่าง
- 2 ฉันต้องผลักดันตนเองอย่างมากที่จะทำงานอะไร
- 3 ฉัน ไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย
- 16 0 ฉันนอน ได้ตามปกติ
- 1 ฉันนอน ไม่หลับเหมือนอย่างเคย
- 2 ฉันนอนก่อนปกติ 1-2 ชั่วโมง และ ไม่สามารถนอนต่อได้อีก
- 3 ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย
- 17 0 ฉัน ไม่รู้สึกเหนื่อย
- 1 ฉันรู้สึกเหนื่อยกว่าแต่ก่อน
- 2 ฉันรู้สึกเหนื่อยจากการทำสิ่งต่างๆ
- 3 ฉันรู้สึกเหนื่อยเกินกว่าที่จะทำอะไรได้
- 18 0 ฉันรับประทานอาหาร ได้ตามปกติ
- 1 ฉันรับประทานอาหาร ไม่ได้มากอย่างที่เคย
- 2 ฉันรับประทานอาหาร ไม่ค่อยลง
- 3 ฉันไม่อยากรับประทานอาหาร ใดๆ เลย
- 19 0 น้ำหนักของฉัน ไม่ลดลง

- 1 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม
 2 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 4 กิโลกรัม
 3 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 6 กิโลกรัม
- 20 0 ฉันไม่รู้สึกริวกัดกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ
 1 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือท้องผูก
 2 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเรื่องอื่นๆ
 3 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
- 21 0 ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ
 1 ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยกว่าที่เคย
 2 ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยลงมาก
 3 ฉันไม่สนใจทางเพศเลย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง : โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ในช่วง 1 เดือนก่อนพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึก เช่นนั้นเกือบตลอดเวลา
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึก เช่นนั้นเกือบทุกวัน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึก เช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์

คำชี้แจง : โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน
มาก	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกอาทิตย์
ปานกลาง	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง
น้อย	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านนาน ๆ ครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านน้อยมากหรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงประนัย					
1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่าน					
2. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
3. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น					
4. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอาละวาด จะทำร้ายท่านหรือสมาชิกในครอบครัวจนได้รับบาดเจ็บ					
.....					
.....					
.....					
.....					
12. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ					

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง

แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับชนิดและความถี่ของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางวัตถุ

การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีจำนวนข้อคำถาม 19 ข้อ

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่เกิดขึ้นกับท่านเลย

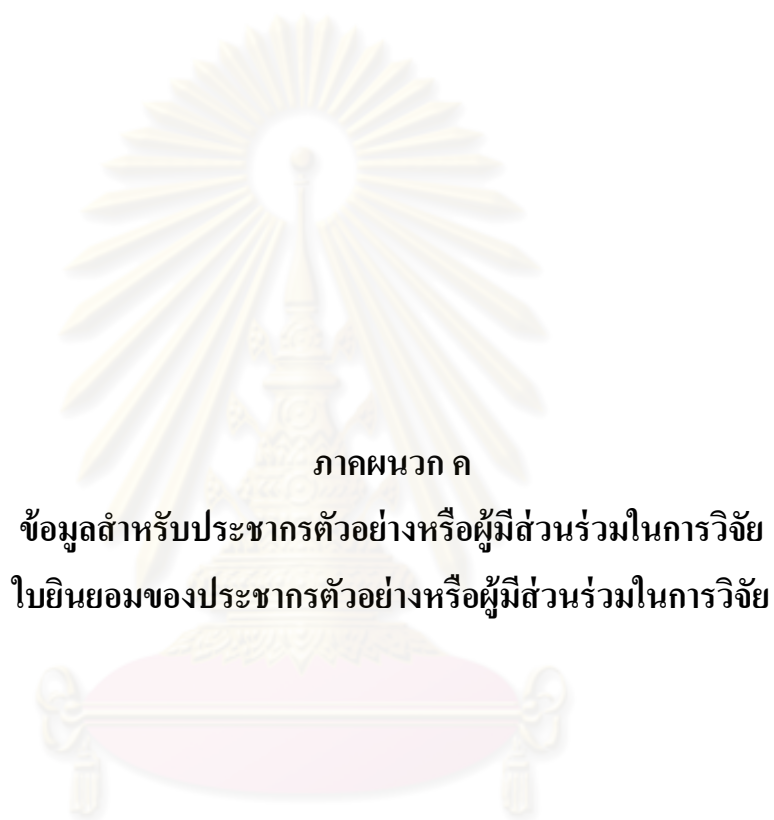
นานๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านนานๆ ครั้ง

บางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง

บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง

ตลอดเวลา หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเกิดขึ้นกับท่านตลอดเวลา

ข้อความ	ไม่เป็นจริงเลย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอดเวลา
การสนับสนุนทางอารมณ์					
1. มีผู้แสดงความเอาใจใส่ ห่วงใย เมื่อทราบว่าสมาชิกในครอบครัวของท่านป่วยเป็นโรคจิตเภท					
2. มีคนคอยรับฟังเมื่อท่านมีความทุกข์ใจไม่สบายใจ					
3.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
19. ท่านไม่ได้รับทราบรายละเอียดในการติดต่อในเรื่องต่าง ๆ เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์					



ภาคผนวก ค

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย “ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อการดูแลและภาวะซึมเศร้า
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวปานิศรา เกษมสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี
(ที่อยู่ปัจจุบัน) 44/218 ม.พวงเพชร 4 ต.บ้านเปิด อ.เมือง จ.ขอนแก่น
โทรศัพท์ที่ทำงาน 039-431001 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-3444011
E-mail: about_p@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ

ที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบาย ดังนี้

1

โครงการนี้เกี่ยวข้องกับผลของ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อการดูแลและภาวะซึมเศร้าใน
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อเปรียบเทียบการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภท ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง
และเพื่อเปรียบเทียบการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปร
แกรมกลุ่มบำบัดระดับประคอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ มีภาวะซึมเศร้า
ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40
คน โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ
โดยในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการนำกลุ่มบำบัดระดับประคองมาใช้เพื่อลดการดูแลและภาวะซึม
เศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ณ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

4. ผลการวิจัยจําแนกเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น
ส่วนชื่อ และที่อยู่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้นจะได้รับการปกปิด
การเปิดเผยชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมวิจัยนั้นจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วย
เหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น

5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คือ
เพื่อช่วยลดการดูแลและภาวะซึมเศร้าให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ซึ่งจะส่งผลต่อการอยู่ร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท

เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน
เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
และสามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นพื้นฐานและแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ที่มี
ภาวะซึมเศร้าแก่ผู้สนใจต่อไป

6. การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ได้ระบุอย่างชัดเจนเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัย

สามารถแสดงความคิดเห็นด้วยความอิสระ โดยไม่มีการบังคับ และได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์
ประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะยุติการทำแบบสอบถาม
ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆต่อการปฏิบัติงาน มีอิสระเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นตามความเป็นจริง
ผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่ได้รับอันตรายทั้งทางร่างกาย และจิตใจ
โดยกำหนดไว้ในมาตรการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มประชากรตัวอย่าง
หรือผู้มีส่วนในการวิจัย มีการเซ็นใบยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย

7. หากมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้

และสามารถติดต่อกับผู้วิจัย ได้ตลอดเวลาและหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็น โฆษน์และโทษเกี่ยวข้
องกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

8. การวิจัยครั้งนี้มีการจ่ายค่าเดินทางผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

9. การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ใช้เวลารวมแล้วไม่เกิน 6 สัปดาห์

10. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 40 คน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อ โครงการ“ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับรองต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคือ.....

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวปาณิสรา เกษมสุข (ที่อยู่ปัจจุบัน) 44/218

หมู่บ้านพงเพชร 4 ต.บ้านเป็ด อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

ซึ่งได้ลงนามข้างท้ายของหนังสือฉบับนี้ถึงวัตถุประสงค์ลักษณะและขั้นตอนการศึกษาซึ่งประกอบด้วยการทำแบบสอบถามในการวิจัยเรื่อง

“ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับรองต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้าพเจ้าทราบถึงผลดี ผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม

ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้วิจัยว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจากการศึกษาทดลอง

ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองทางกฎหมาย และข้าพเจ้าจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ

และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล

ซึ่งจะไม่มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าข้อมูลของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้งบเงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ในข้างต้น

.....
สถานที่/วันที่

.....
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่/วันที่

.....
(นางสาวปาณิสรา เกษมสุข)

ผู้วิจัย

.....
สถานที่/วันที่

.....
(.....)

พยาน



ภาคผนวก ง
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขอรับรองว่า

โครงการวิจัยเรื่อง

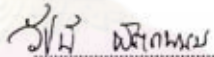
"ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท"

ดำเนินการวิจัยโดย

นางสาวปณิสรุ เกษมสุข (ผู้วิจัยหลัก)


ได้ผ่านการพิจารณาแล้ว และเห็นว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ ทรัพย์สิน และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ร่วมวิจัย จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของ โครงการวิจัยที่เสนอได้ ภายในระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ออกหนังสือรับรองฉบับนี้

หนังสือออกวันที่ เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2551



(นางวัชณี หัตถพนม)

ประธานคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



(นายทวี ตั้งเสรี)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวปานิสร่า เกษมสุข เกิดวันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2523 สำเร็จการศึกษา พยาบาล - ศาสตร์บัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี (สมทบมหาวิทยาลัยบูรพา) เมื่อ พ.ศ. 2544 เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ .ศ. 2549 ปัจจุบัน รับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ ประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี



ศูนย์วิทยพักร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย