

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*

THE EFFECT OF COPING SKILLS ENHANCEMENT PROGRAM
ON CARING ABILITY OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS
IN THE COMMUNITY*

มัลลิกา จันทร์เพ็ญ, พย.บ.(Malliga Junpen, RN)**

เพ็ญพักตร์ อุทิศ, พย.ด. (Penpaktr uthis, Assist.Prof., Ph.D., RN.)***

Abstract

Objectives: The purpose of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were: 1) to compare caring ability of schizophrenic patients' caregivers in the community before and after received the coping skills enhancement program, and 2) to compare caring ability of schizophrenic patients' caregivers in the community who received the coping skills enhancement program and those who received regular nursing care.

Methods: The subjects were 40 schizophrenic patients' caregivers residing in one district of Petchaburi province who met the inclusion criteria. They were matched-pairs with age and length of caregiving and then randomly assigned to either an experimental or control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the coping skills enhancement program and the control group

received regular nursing care. The research instruments are: 1) the coping skills enhancement program developed by the researcher comprised of 7 group activities: relationship building, appraisal of caregiving related stress, seeking resources and essential knowledge/skills for schizophrenia's caregiver, communication skills training, problem-solving coping skills training, emotions-focused coping skills training, and reappraisal, and 2) a test of caregivers' ability. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The second instrument had Cronbach's alpha coefficient reliability as of .95.

Results: The findings are as follows:

1. The caring ability of schizophrenic patients' caregivers in the community after received the coping skills enhancement program was significantly higher than that before ($p < .05$).

*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพงสวาย อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: penpaktr_uthis@hotmail.com

2. The caring ability of schizophrenic patients' caregivers in the experimental group who received the coping skills enhancement program was significantly higher than those in the control group who received the regular nursing care ($p < .05$).

Keywords: Coping skills enhancement program, Caring ability, Schizophrenic patient's caregivers, community

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลองในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด และ 2) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในเขตอำเภอหนึ่งของจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ด้วยอายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

1) โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 7 ครั้ง ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องความเครียด การประเมินความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การค้นหาแหล่งประโยชน์ร่วมทั้งให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด และการประเมินซ้ำ และ 2) แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทั้ง 2 ชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ความสามารถในการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันนโยบายการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตของประเทศไทยเน้นที่ให้การรักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้นเฉพาะที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงเท่านั้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดเพื่อให้กลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) ดังนั้นผู้ดูแลหรือครอบครัวจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งมีหน้าที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นในเกือบทุกด้านของชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (ละเอียดย ปานนาค และสิรินภา จาติเสถียร, 2555) นอกจากนี้จะต้องรับผิดชอบให้การช่วยเหลือดูแลขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการหลงเหลืออยู่ภายหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงแรกๆแล้ว ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักต้องรับมือกับบทบาทหน้าที่โดยตรงให้การช่วยเหลือดูแลและรับภาระเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในเกือบทุกด้าน อย่างต่อเนื่องและยาวนานในช่วงที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านและในชุมชน ทั้งการจัดการกับปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น การไม่รับประทานยา การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา และไม่ได้ไปตรวจตามนัด รวมถึงต้องจัดการและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น การจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าว การจัดการกับอาการทางจิต และการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันหลายอย่างแทนผู้ป่วย (Ganguly, Chadda & Singh, 2010; Sharon et al., 2012)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมักมีอาการกำเริบ

รุนแรงเป็นระยะๆ จนทำให้ต้องกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Chi et al. (2016) ในประเทศไต้หวันซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะกลับมารักษาซ้ำในช่วง 4 เดือนแรก ภายหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และจะกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 70.5 ภายในระยะเวลา 10 ปี สถานการณ์การกลับเป็นซ้ำถือเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทยเช่นกัน ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากนโยบายการเร่งจำหน่ายผู้ป่วยสู่ชุมชนดังข้างต้น ทำให้พบว่าผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ยังคงมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมบางอย่างหลงเหลืออยู่จึงส่งผลกระทบต่อให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณลักษณะและอาการของผู้ป่วยก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดูแล (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) และพบว่าหนึ่งในสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความเกี่ยวข้องกับครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัว เช่น การศึกษาของ Sharon et al. (2012) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขาดความเข้าใจและทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งอารมณ์จนอาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการกลับมารักษาซ้ำได้บ่อยครั้ง สอดคล้องกับรายงานการศึกษาปัญหาด้านครอบครัวที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำหลายเรื่องพบว่า การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วย โดยการแสดงทางอารมณ์ด้วยท่าทีที่ไม่เป็นมิตร รวมถึงการวิพากษ์วิจารณ์หรือตำหนิตัวตนของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดใน

ระดับสูง และเกิดการป่วยซ้ำตามมาได้ (ชนะฤทธิ์ พงศ์อนุตริ, 2531; เพชร คันทสายบัว, 2544; Bebbington & Kuiper, 1994; Butzlaff & Hooley, 1998; King et al., 2003; Kuiper et al., 2006) นอกจากนี้ทูลลา บุปผาสังข์ (2545) พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกและร่วมทำนายการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ถึงร้อยละ 23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

World Federation of Mental Health (2010) ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาระดับโลก และครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นที่ยอมรับจากทั่วโลกว่าผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และประเมินได้ว่าเป็นแหล่งประโยชน์อีกทางหนึ่งด้วย ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งผู้ดูแลบางรายต้องเสียสละเวลาในการทำงานประจำของตนเพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลนี้ จะเริ่มตั้งแต่ขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการหลงเหลืออยู่ภายหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใหม่ๆ ไปจนถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนานในช่วงที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านและในชุมชน จนส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดตามมาอย่างมาก (Ganguly, Chadda & Singh, 2010; Sharon et al., 2012) จะเห็นได้ว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะเครียดส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องโดยตรงกับการทำบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลต้องทำหน้าที่เพิ่มขึ้นหลายประการแทนผู้ป่วยและใช้เวลามากขึ้นในการดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ (Montgomery et al., 1985; Salomon & Draine, 1995 cite in Chien, 2008)

สอดคล้องกับผลการศึกษาหลายเรื่องเช่นการศึกษาของ Baker (1989) พบว่าการที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จะส่งผลทำให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวเกิดความเครียดในระดับสูง และการศึกษาของ Chatuaka et al. (2013) พบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 48.8 มีคะแนนความเครียดในระดับสูง อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sharon et al. (2012) พบว่าร้อยละ 31.3 ของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานานๆ จะเกิดภาวะเครียด และการศึกษาของ Doornbos (2002) พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างยาวนาน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด รวมถึงการศึกษาของ Hulya, Cenk, & Suleyman (2014) ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในระยะเวลาที่ยาวนาน จะมีความเครียดในระดับสูง

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งภาวะเครียดจากการทำบทบาทหน้าที่นี้ส่งผลกระทบสำคัญตามมาคือทำให้ผู้ดูแลขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาหลายเรื่องในประเทศไทย เช่น เอื้ออารีย์สาริกา (2543) พบว่าการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดจากการเผชิญกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยตลอดเวลาแต่ไม่สามารถจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกวุ่นวาย ไม่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ บุปผา ธิกุล (2554) ซึ่งพบว่าเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจนเกิดเป็นภาวะเครียดจากการทำบทบาทผู้ดูแล ย่อมส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยตามมา คือ ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและ

ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรารักษ์ ลือไชสงค์ (2541) ซึ่งพบว่าในระยะแรกๆ ของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลจะเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยได้ แต่เมื่อเวลาผ่านไปหากผู้ป่วยยังมีอาการคงเดิมจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความลำบากใจเอือมระอา รู้สึกเป็นภาระ และส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ เช่น Eakes (1995) ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างยาวนาน จะส่งผลกระทบหลายด้านตามมา คือ นอกจากจะทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ยังส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง เช่น ขาดการเอาใจใส่ หรือมีการละเลยการดูแลผู้ป่วยได้

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาที่ยาวนานจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการดูแล และเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น (Orem, 2001) ดังนั้นความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความสำคัญมาก และส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย เพราะผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย ด้วยการให้การช่วยเหลือดูแลด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่องและยาวนาน ในช่วงที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านและในชุมชน ซึ่งหากผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีและมีประสิทธิภาพก็จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบได้บ่อยครั้ง และมีโอกาสเกิดการป่วยซ้ำได้ (ทูลตา บุญผาสังข์, 2545; สมภพ เรืองตระกูล, 2548; สุนันทานวลเจริญ, 2553; Fortinsky et al., 2002; Yusuf, & Nuhu, 2011 อ้างถึง

ใน นัทธมนต์ นิมสุข, 2555) ในทางตรงข้ามหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการพัฒนาศักยภาพให้เกิดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการป่วยซ้ำลดลง ส่งผลให้ลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาลได้ (Sales, 2003)

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขึ้น ด้วยการใช้นวัตกรรมการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ซึ่งโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ เป็นการดำเนินการในรูปของกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะทางสังคมและการมีมนุษยสัมพันธ์อย่างเหมาะสม เนื่องจากเป็นกระบวนการที่นอกจากจะทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแล้วยังส่งเสริมให้บุคคลเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นแรงจูงใจซึ่งกันและกัน คือ ได้รับการเสริมแรงพฤติกรรมที่ดีจากเพื่อนสมาชิก รวมทั้งได้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจนเกิดการนำสิ่งที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (ธิดา โมสิกรัตน์ และคณะ, 2548; Corey & Corey, 2006) ดังนั้น กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะกลับไปอยู่ในชุมชน และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดร่วมกัน โดยมีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการกับความเครียด

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นตามมา (Dagmara et al., 2014; Suro, Giulia, Weisman & Amy, 2013)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะ

การเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) เน้นการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) 2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) และ 3) การประเมินซ้ำ (reappraisal) ร่วมกับการประยุกต์เนื้อหาจากโปรแกรมที่อภิชา แซ่มซ้อย (2550) พัฒนาสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งมุ่งจัดกระทำกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล 3 ปัจจัย คือ 1) ความเครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ผู้ดูแล 2) การขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเผชิญความเครียด 3) การขาดความรู้เรื่องโรคและทักษะในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดน่าจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดลดลงและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ (Lazarus & Folkman, 1984) ประกอบด้วยการดำเนินการด้วยกระบวนการกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1-2 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้

- 1) การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์
- 2) ประเมินความเครียดจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 3) ค้นหาแหล่งประโยชน์ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 4) ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
- 5) ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา
- 6) ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด
- 7) การประเมินซ้ำ

ความสามารถ
ในการดูแลของ
ผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภท

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงในชุมชนของอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยนำผลจากการศึกษาของอภิชาต แซ่ม้อย (2550) มาร่วมกำหนดอำนาจทดสอบที่ 82.39% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 คน ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็น 20 คน รวมเป็น 40 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคือ มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี เป็นบุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยตรงขณะอยู่ที่บ้าน ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่น้อง บุตร เป็นต้น หรือมีความผูกพันทางกฎหมาย เช่น สามีภรรยา โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดจากการดูแลและได้รับการประเมินระดับความเครียด

ของกรมสุขภาพจิตพบว่ามีความเครียด 24 คะแนนขึ้นไป จากนั้นดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ อายุของผู้ดูแล และระยะเวลาในการดูแล แล้วจับฉลากเพื่อแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี (คจม.พ.บ. ที่ 02/2558) ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ระยะเวลานานตอนของการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งการขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะสิ้นสุดกิจกรรมได้ โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล ไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการการรักษาพยาบาล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและไม่มีเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) มีการดำเนินการด้วยกระบวนการกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1-2 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 7 กิจกรรมดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์ 2) ประเมินความเครียดจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4) ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 5) ฝึกทักษะการเผชิญความเครียด

แบบมุ่งแก้ปัญหา) ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด และ 7) การประเมินซ้ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของแก้วตา มีศรี (2554) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Ever et al. (1985) จำนวน 21 ข้อ

3. เครื่องมือกำกับการทดลองได้แก่ 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) โดยการดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 26 ข้อเป็นข้อคำถามเชิงบวก 16 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ ซึ่งต่อมา แก้วตา มีศรี (2554) ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาของข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และ 2) แบบประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีความคิดเห็นตรงกัน 4 ใน 5 โดยการปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่ายและกำหนดเวลาให้เหมาะสมหลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยการหาค่า CVI พบค่าความตรงเชิง

เนื้อหา เท่ากับ .95 และ .96 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยงมีการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ในการวิจัยครั้งนี้ และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ทำการตรวจสอบโดยการหาค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (kuder-richardson 20 : Kr-20) พบว่ามีค่าเท่ากับ .89

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเตรียมเครื่องมือที่ใช้ของจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เตรียมกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (matched pair) แล้วสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

2. ระยะดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากการมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และเรื่องปัญหาต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1-2 กิจกรรมๆ ละ

60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

3. ระยะรวบรวมข้อมูลหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการประเมินผลทันที โดยใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยการนำข้อมูลส่วนบุคคลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย คำนวณค่าเฉลี่ย ร้อยละ แจกแจงความถี่ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย (Mean) ของความเครียดและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง และเปรียบเทียบคะแนนความเครียดและความสามารถ

ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.5 มีอายุระหว่าง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.5 สถานภาพคู่จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.5 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.5 ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.5

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความสามารถ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	63.4920	14.7426	ปานกลาง	19	-7.06	.000
หลังการทดลอง	84.6635	5.92591	สูง			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	64.8505	14.2870	ปานกลาง	19	.215	.832
หลังการทดลอง	64.7555	13.6765	ปานกลาง			

จากตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

($t = -7.060$) ส่วนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความสามารถ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	63.4920	14.7420	ปานกลาง	38	- .296	.769
กลุ่มควบคุม	64.8505	14.2870	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	84.6635	5.9259	สูง	38	5.973	.000
กลุ่มควบคุม	64.7555	13.6765	ปานกลาง			

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -5.973$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. จากสมมติฐานข้อที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -7.060$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองทราบถึงกระบวนการประเมินทางความคิด ในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ผู้ดูแล แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุอาการแสดง การ

รักษาด้วยยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองยังได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น การจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งโปรแกรมฯ นี้ใช้กระบวนการกลุ่มในการทำกิจกรรมทำให้บุคคลเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำสิ่งที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Corey & Corey, 2006) ส่งผลให้ผู้ดูแลลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลงได้ และส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

2. จากสมมติฐานข้อที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -5.973$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมฯ ช่วยให้

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีทักษะและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเรื่องต่างๆ ได้แก่ การปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ มีความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุอาการแสดงและการรักษาของโรคจิตเภท บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ในเรื่องยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา รวมทั้งการฝึกทักษะการสื่อสารที่ช่วยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าใจตรงกัน ซึ่งมุ่งจัดกระทำกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล 3 ปัจจัย คือ 1) ความเครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล 2) การขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเผชิญความเครียด 3) การขาดความรู้เรื่องโรคและทักษะในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดมีประสิทธิภาพในการลดความเครียดของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และส่งผลให้มีความสามารถด้านต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมากขึ้น (Dagmara et al., 2014; Suro, Giulia, Weisman, & Amy, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ นุสพาชนิกกุล (2554) ที่พบว่าผู้ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญกับปัญหาหรือเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลในระยะยาวในชุมชนระยะ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือนหลังการทดลอง เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ในชุมชนของผู้ดูแลเป็นระยะๆ รวมทั้งประเมินความยั่งยืนของผลการศึกษาและความคงอยู่ของทักษะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ควรมีการนำโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดไปใช้ในการทำกิจกรรมกลุ่มผู้ดูแลในขณะที่ยังผู้ป่วยจิตเภทยังได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลและคนในครอบครัวก่อนผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายกลับไปสู่ชุมชน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อเปรียบเทียบว่ามีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันหรือไม่

4. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลเป็นรายครอบครัว โดยการดึงสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของผู้ดูแลหลักในครอบครัวและมีการเตรียมผู้ดูแลรองเพื่อแบ่งเบาภาระหน้าที่จากผู้ดูแลหลัก

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของคลินิกโรคใจ โรงพยาบาลนภลัย เจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านลาด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำรงค์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกระเจ็ด

ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- แก้วดา มีศรี. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลสุภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี. (2531). การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 33, 99-105.
- ทูลตา บุญผาสังข์. (2545). *ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลสุภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธิดา โมสิกรัตน์ และคณะ. (2548). *รายงานวิจัยเรื่องการพัฒนาวิธีการเรียนรู้ร่วมกันโดยการเรียนแบบเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช: กรณีศึกษาชุดวิชาไทยศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร*.
- นัทธมนต์ ฉิมสุข. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลสุภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญผา ธนิกกุล. (2554). *ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลสุภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรทิพย์ ไชยะอาด. (2555). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลสุภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

เพชร คันธสายบัว. (2548). การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 20(1), 1-9.

ละอียด ปานนาค และ สิรินภา จาติเสถียร. (2555). การพัฒนาโปรแกรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลด้านการจัดการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2), 16-29.

วัชรภรณ์ ลือไชสงค์. (2541). *ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษากลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*.

สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สุนันทานวลเจริญ. (2553). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภรณ์ ทองดารา. (2545). *ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุษา แซ่ม้อย. (2550). *ผลของโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: เพื่อฟ้าพรินติ้ง.
- เอื้ออารีย์ สาริกา. (2543). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Baker, F. A. (1989). Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit : How Families Cope. *Journal of Phychosocial Nursing*, 27(1), 31-35.
- Bebbington, P., & Kuiper, L. (1994). The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia: the extension of expressed emotion to the clinical staff. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 46-53.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Chaturaka, R., Tharanga, F., Senaka, R., Varuni, De. Silva., & Raveen, H., (2013). Caregiver strain and symptoms Of depression among principle caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in Sri Lanka. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), 2.
- Chi, M. H., Hsiao, C. Y., Chen, K. C., Lee, L. T., Tsai, H. C., Hui Lee, I., Chen, P. S., & Yang, Y. K. (2016). The readmission rate and medical cost of patients with schizophrenia after first hospitalization - A 10-year follow-up population-based study. *Schizophrenia Research*, 170, 184-190.
- Chien, W. T. (2008). Effectiveness of Psychoeducation and Mutual Support Group Program for Family Caregiver of Chinese People with Schizophrenia. *The open Nursing Journal*, 2, 28-39.
- Corey, M. S., & Corey, G. (2006). *Group process and practice group* (7th ed.). The united states of American: Thomson Learning, Inc.

- Dagmara, R., et al., (2014). Caregiving experiences of families living with persons with schizophrenia. *The Jonna Briggs Institute Database of Best Practice Information Sheets and Technical Reports*, 18(6), 1-4.
- Doorbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Reality and Dream. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 39-46.
- Eakes, G. G. (1995). Chronic Sorrow: The Lived Experience of parents of chronically Mentally Ill Individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 77-84.
- Evers, G., et al. (1985). *Development of the Appraisal of Self-Care Agency Scale*. Papers presented at International Research Conference Edmonton: Canada.
- Fortinsky, R., Kercher, K., & Burant, C. (2002). Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. *Aging Ment Health*, 6, 153-160.
- Hulya, Y., Cenk, A., & Suleyman, G. (2014). Depression, Anxiety and Quality of life in Caregivers of Long-Term Home Care Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28, 193-196.
- Gangully, K. K., Singin R. K., & Sigh T. B. (2010). Caregiving Burden and Coping in Schizophrenia and bipolar disorder : A Qualitative Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), 126-142.
- King, S., Ricard, N., Rochon, V., Steiger, H., & Nelis, S. (2003). Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 117, 211-222.
- Kuipers, E., Bebbington, P. E., Dunn, G., Fowler, D. G., Freeman, D., Watson, P., Hardy, A., & Garety, P. (2006). Influence of carer expressed emotion and affect on relapse in non-affective psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 188, 173-179.
- Larzarus, S., & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York Springer Publishing Company.
- Lefley, H. P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. *Hospital & Community Psychiatry*, 38(10), 1063-1070.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the Experience of the Subjective and Objective Burden. *Family Relations*, 34, 19
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts Of Practice* (4th ed.). St.louis: Mosby.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of Life Research*, 12, 33-41.
- Tan, S. C., Yeoh, A. L., Choo, I. B., Huang, A. P., Ong, S. H., Ismail, H., Ang, P. P., & Chan, Y. H. (2012). Burden and coping strategies experienced by caregivers of person with schizophrenia in community. *Journal of clinical Nursing*, 21, 2410-2418.

- Suro, G., & Weisman de Mamani, A. G. (2013). Burden, Interdependence, Ethnicity, and Mental Health in Caregivers of patients with schizophrenia. *Family Process*, 52(2), 299-311.
- World Health Organization. (2010). *Schizophrenia*. Retrieved on 10 January 2010, from http://www.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.
- World Federation of Mental Health (WFMH). (2010). *Caring for caregiver: Why your mental health matters when you are caring for others*. Woodbridge VA: WFMH.
- Yusuf, N. (2011). Factors associated with emotional distress among caregivers of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 11-16.