

ผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*
THE EFFECT OF SUPPORTIVE-EDUCATIVE GROUP INTERVENTION
ON CAREGIVERS' CAPABILITIES IN CARING FOR
SCHIZOPHRENIC PATIENTS

สุกัญญา แก้วศิริ, พยบ. (Sukanya Kaewsiri, BNS.)**

เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, ปร.ด. (Pennapa Dangdomyouth, Ph.D.)***

Abstract

Objectives: Quasi-experimental research was used to compare: caregivers' capabilities in caring for schizophrenic patients before and after participating in supportive educative group intervention and caregivers' capabilities in caring for schizophrenic patients who received supportive educative group intervention and those who received regular nursing care.

Methods: The sample consisted of 40 primary caregivers of schizophrenic patients, who met the inclusion criteria. They were matched pairs by age and length of caregiving experience and then randomly assigned into either experimental or control groups of 20 subjects each. The experimental group received supportive educative group intervention and the control group received regular nursing care. Research instruments consisted of supportive educative

group intervention; socio-demographics; caregiver capabilities with schizophrenic patients; knowledge in caring; and caregiver and schizophrenic patient relationships. Reliability of the last three instruments were reported by Cronbach's alpha of 0.88, 0.85 and 0.89, respectively. Data was analyzed by t-test.

Results: Mean score of caregivers' capabilities in caring for schizophrenic patients after receiving supportive educative group intervention was significantly higher than that before, at a p .05 level and significantly higher than those who received regular nursing care, at a p .05 level.

Keywords: Supportive-educative group, Dependent care agency, Caregivers of schizophrenic patients

*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: dnayus@yahoo.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้และเพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ด้วย อายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแล้วใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คนโดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 5 ฉบับซึ่งผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษา: ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันหลักการในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

นั้น เน้นให้ความช่วยเหลือและรักษาในระยะแรกเริ่มโดยมีการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้น (สายฝน เอกวรางกูร, 2558) เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตตามปกติในครอบครัวและชุมชนโดยเร็วที่สุด (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2552) ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านพบว่า มีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่โดยทั่วไป การทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเผชิญปัญหา และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นรวมทั้งมีพฤติกรรมแสดงออกที่ก้าวร้าวรุนแรง (วาสนา ปานดอก, 2545; Bae, Lee, Park, Hyun, & Yoon, 2010; Kane & Marder, 1993) การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องและมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ซึ่ง Orem (1995) เรียกบุคคลเหล่านี้ว่า บุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือพึ่งพาคือคนอื่นไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัวญาติ หรือพยาบาล (แก้วดา มีศรี, 2554) ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการแสดงที่ไม่แน่นอนหรือพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ตลอดเวลา (สุนันทา นวลเจริญ, 2553) ทำให้สมาชิกที่เป็นผู้ดูแลหลักได้รับผลกระทบโดยตรงมากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ เช่น เครียดนอนไม่หลับ ซึมเศร้า ถูกทำร้ายร่างกาย ขาดรายได้ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ลดน้อยลง (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และคณะ, 2552; พิเชฐ อุดมรัตน์

และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 2552; Canive et al., 1996; Chan & Yu, 2004; WHO, 2011; Sawatzky & Fowler-Kerry, 2003) ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพื่อจะได้อุปสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาหรือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำรงชีวิตของตนอยู่ในชุมชนตามปกติได้ยาวนานที่สุดนั้นต้องอาศัยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก หากผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ก็จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยนั้นมีประสิทธิภาพและทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ยาวนานมากขึ้น (แก้วตามีศรี, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และได้รับการช่วยเหลือจากสังคมเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการฉุกเฉินต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ (Magliano, Fiorillo, De Rosa, Maj, & the National Mental Health Project Working, 2006) รวมถึงได้รับความรู้และคำแนะนำที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากบุคลากรทางการแพทย์ค่อนข้างน้อย (Magliano, Fiorillo, De Rosa, Maj, & Malangone, 2005) ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรค เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสที่จะเกิดอาการกำเริบได้ตลอดเวลาจากการกระทำหรือการดูแลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ดูแล (วิสาข์ วัชรศิริบันลือ และศุภร วงศ์วัฑฒณ, 2554) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีหลายปัจจัยจากการศึกษา

ของแก้วตามีศรี (2554) พบว่าอายุระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเตือนใจ ภักดีพรหม (2548) ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และการศึกษาของ ศิริกาญญา เอกศิริไตรรัตน์ (2543) พบว่าปัจจัยที่ทำนายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดคือ ความรู้เรื่องโรคหอบหืดและการสนับสนุนทางสังคมโดยสามารถร่วมอธิบายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรได้ร้อยละ 32 จากปัจจัยดังกล่าวจะพบว่าการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม

การสนับสนุนและให้ความรู้เป็นรูปแบบหนึ่งที่ช่วยในการพัฒนาสติปัญญา ความนึกคิด ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้นการได้รับคำแนะนำรวมทั้งประสบการณ์จะช่วยทำให้บุคคลมีความสามารถในการใช้เหตุผลเพื่อตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองหรือปรับเปลี่ยนการกระทำตามแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Orem, 1985) นอกจากนี้การสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการใช้รูปแบบกลุ่ม เป็นวิธีที่ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา

ต่างๆ ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาในลักษณะเดียวกัน (Manidipa, 2001) โดยการพิจารณาหาทางเลือก และแนวทางที่เหมาะสมกับตนเองมาพิจารณา ตัดสินใจ และนำไปสู่การปฏิบัติได้

การให้ความรู้แบบกลุ่มและการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์โดยกลุ่มมีผลดีกว่าการให้ความรู้ แบบรายบุคคล เนื่องจากกระบวนการกลุ่มจะช่วย ให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงพลังความสามารถออกมา ในการช่วยกันคิดหาวิธีทางแก้ไขปัญหาใน เรื่องสุขภาพการเจ็บป่วยหรือการกระทำด้าน สังคม (Manidipa, 2001) จากการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (De Melo, 2001) สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ ยังช่วยลดความรุนแรงของโรคและยังทำให้ผู้ดูแล รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถปรับตัวและดำรง ชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขจากการศึกษาที่ผ่านมา มีการนำรูปแบบการบำบัดต่างๆ มาประยุกต์ใช้ เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ แห่งตน โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544; สุนันทา นวลเจริญ, 2553) ซึ่ง โปรแกรมดังกล่าวจะเน้นที่การดูแลและสนับสนุน ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิต วิญญาณของผู้ดูแลเป็นสำคัญ โดยที่ยังขาดการให้ ความรู้และการสนับสนุนผู้ดูแลซึ่งถือว่าเป็นปัจจัย สำคัญอีกประการหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความ สามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การใช้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ถือว่า เป็นรูปแบบการพยาบาลที่มีความเหมาะสม สำหรับผู้ดูแล โดยพยาบาลจะให้การช่วยเหลือด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้าง

สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นวิธีการช่วยเหลือที่มีความ สำคัญต่อการพัฒนาความสามารถของบุคคลให้ ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ให้ ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง รู้จักเลือกวิธีการ ที่ถูกต้องเหมาะสมในการจัดการกับปัญหาและ สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมจิต หนู เจริญกุล, 2536) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้มาประยุกต์ใช้ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท อันจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการ ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการ ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ ความรู้แบบกลุ่ม
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผล

สองครั้ง คือ ก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 ที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 ที่มาพบแพทย์หรือมารับยาแทนผู้ป่วยในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง จากการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 40 คน พิจารณาจากคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือทางกฎหมายเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท 2) เป็นผู้ที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนจากการดูแลผู้ป่วย 3) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทย สามารถอ่านออกเขียนได้ 4) ผู้ดูแลมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่างร้อยละ 50-80 คือมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง 5) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ≤ 30 คะแนน (อยู่ในระดับอาการทางจิตทุเลา โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (The Brief Psychiatric Rating Scale :BPRS) 6) ยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความเต็มใจ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ

20 คน รวมจำนวน 40 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบจากโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (รัตนศิริ ทาโต, 2551) โดยนำค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนและหลังการทดลองจากการศึกษาของนิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต (2548) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 91.10% และมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 8.89% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบพบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มอย่างน้อยกลุ่มละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน (Burns & Glove, 2005)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลปทุมธานี เมื่อวันที่ 19 พ.ย. 2558 ผู้วิจัยมีการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและลงลายมือชื่อในใบยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อกลุ่มตัวอย่างและการรักษาของผู้ป่วย ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับ หากมีข้อสงสัยในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรงตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งสร้างตามกรอบ

แนวคิดทฤษฎีของ Orem (2001) ประกอบด้วย 5 กิจกรรมเป็นเวลา 5 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 90-150 นาที ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาเอง ข้อคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การมีโรคประจำตัว และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.2 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยคิดแปลงจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาที่สร้างตามแนวคิดของ Ever et al. (1985) และนำมาพัฒนาโดย แก้วตา มีศรี (2554) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .86 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ผู้วิจัยคิดแปลงมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติตามแนวคิดของ Lefley (1987) ซึ่งพัฒนาโดยแก้วตา มีศรี (2554) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .96 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .85

3.2 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ผู้วิจัยคิดแปลงมาจากแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ แปลมาจากแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้รับการดูแลของ Stewart and

Archbold (1996) โดยคมสัน แก้วระยะ (2542) และนำมาพัฒนาโดย แก้วตา มีศรี (2554) มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .95 มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .89

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจำแนกออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยค้นคว้าตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและขอจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลปทุมธานี เข้าพบผู้อำนวยการและหัวหน้าคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลปทุมธานี เพื่อขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ระหว่างเก็บข้อมูลในการวิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คน ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยและพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากคุณสมบัติตามเกณฑ์จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดไว้คือ 40 ราย หลังจากนั้นทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้วยการจับคู่และสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วงเวลาที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลปทุมธานี ตั้งแต่วันที่ 20 พ.ย.-11 ธ.ค. 2558

ระยะดำเนินการทดลอง ในกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองและจะได้รับจากพยาบาลตามปกติ ส่วนในกลุ่มทดลองทำแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองแบ่งออกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน แต่ละกลุ่มได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 กำกับการทดลองทันที โดยให้ตอบคำถามตาม

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลและแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

ระยะประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ในสัปดาห์ที่ 6 หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินแล้วจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้โดยใช้สถิติทดสอบที่ (dependent t-test) 3) เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที่

(independent t-test) 4) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 และ 67.5 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 50 และ 55 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 40 และ 52.5 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 50 และ 42.5 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 6-10 ปีคิดเป็นร้อยละ 45 และ 40 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ส่วนภาวะสุขภาพพบว่า ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60 และ 65 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 45 และ 40 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ

ตอนที่ 2 : เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย	\bar{X}	SD	ระดับ	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	65.50	10.56	ปานกลาง	9.74	19	.000
หลังการทดลอง	85.35	6.76	สูง			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	67.60	12.91	ปานกลาง	3.73	19	.001
หลังการทดลอง	70.65	11.93	ปานกลาง			

จากตารางที่ 1 พบว่าภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้เท่ากับ 85.35 และ 65.50 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าหลัง

ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 70.65 และ 67.60 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังให้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย	\bar{X}	SD	ระดับ	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	65.50	10.56	ปานกลาง	.563	38	.288
กลุ่มควบคุม	67.60	12.94	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	85.35	6.76	สูง	4.791	38	.000
กลุ่มควบคุม	70.65	11.93	ปานกลาง			

จากตารางที่ 2 ก่อนการทดลองให้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ 65.50 และ 67.60 ตามลำดับ โดยจัดอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่มและหลังการทดลองให้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าในกลุ่มควบคุม คือ 85.35 และ 70.65 ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจากที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่คุณสมบัติและมีปัญหาคล้ายคลึงกัน ซึ่งผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยมีการเชื่อมโยงความคิด กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทดลองฝึกปฏิบัติ และสนับสนุนชี้แนะ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวนี้ทำให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้ที่ตรงกับปัญหาและความต้องการ ได้รับการฝึกทักษะด้วยการปฏิบัติจริง และยังได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในกลุ่มทำให้รับรู้ได้ว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาอยู่เพียงลำพังแต่ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นกับสมาชิกคนอื่นๆ ด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้การใช้กระบวนการกลุ่มยังมีประโยชน์ในการช่วยค้นหาแนวทางแก้ปัญหาและสรุป เพื่อเป็นแนวทางให้สมาชิกสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Redman (1993) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ จะช่วยให้บุคคลบรรลุผลตามจุดมุ่งหมาย ส่งผลให้เกิดการพัฒนาทักษะ ความรู้ ความคิด ความเข้าใจ และทัศนคติ ดังนั้นเมื่อสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจที่ดีก็จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นตามมา

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการให้ความรู้กับผู้ดูแลในเรื่องโรคจิตเภท การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แหล่งสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพตามแผนการสอนด้วยวิธีการบรรยาย ให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ หลังการบรรยายร่วมกับใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ค่อยๆ ทำความเข้าใจและได้นำกลับไปทบทวนเองที่บ้านทั้งนี้ผู้ดูแลจะได้มีการฝึกทักษะในการจัดยา การสื่อสาร การตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในสถานการณ์ต่างๆ และฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง กิจกรรมทั้งหมดจะเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มเติมความรู้ ดังผลการวัดความรู้ภายหลังสิ้นสุดกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 80 คือมีความรู้อยู่ในระดับสูงทั้งหมด อีกทั้งคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับกลุ่ม

สนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิภาภัทร ภักธรพงศ์บัณฑิต (2548) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ภายใน 1 ปี และอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Kaur, Behera, Gupta, and Verma (2009) ศึกษาผลของการสนับสนุนความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยใช้พื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดทั้งหมด 523 ราย โดยเป็นกลุ่มทดลอง 260 รายซึ่งได้รับการสนับสนุนความรู้โดยใช้คู่มือการดูแลตนเอง (self-care manual) และเป็นกลุ่มควบคุม 263 ราย ซึ่งไม่ได้รับการสอนที่เฉพาะเจาะจง หลังจากการสัมภาษณ์ในครั้งแรกจะติดตามอาการของผู้ป่วยทุกราย ดำเนินการที่ 2 สัปดาห์ 6 เดือน และ 1 ปี การประเมินผลใช้สถิติพารามิเตอร์ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสนับสนุนความรู้สูงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนความรู้และพบว่าสูงมากกว่าในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ยังพบว่าอาการกำเริบรุนแรง การเข้ามาพบแพทย์ฉุกเฉิน จำนวนครั้งของการนอน

โรงพยาบาล การขาดเรียนและการขาดงาน ลดลงจากการติดตามในระยะเวลา 1 ปี โดยในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่า ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยสำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับผลการศึกษานำร่องใน 5 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เปรียบเทียบญาติผู้ป่วยจิตเภทที่มีญาติได้เข้าร่วมกลุ่ม สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) 54 คน โดยดูการกำเริบและการเข้าอยู่โรงพยาบาลในช่วง 1 ปี ก่อนกับ 1 ปี หลังจากที่ญาติได้เข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแล้ว พบว่า ผู้ป่วยที่มีญาติเข้าร่วมกลุ่มดังกล่าวผู้ป่วยมีอัตราการกำเริบเพียง 16.67 ขณะที่เมื่อหนึ่งปีก่อนญาติจะเข้าร่วมโครงการนั้นมีอัตราการกำเริบสูงถึงร้อยละ 48.44 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยไม่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกเลยหรือหากต้องรับไว้รักษาซ้ำจะมีจำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาลลดลงกว่าครั้งก่อน (พิเชษฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

2. จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้เป็นรูปแบบกิจกรรมที่เน้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งแตกต่างจากการพยาบาลตามปกติที่จะเน้น

ให้ความรู้แบบรายบุคคล โดยพยาบาลจะทำการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล พร้อมกับให้คำแนะนำร่วมกับให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและแจกเอกสารแผ่นพับให้ สำหรับการให้ความรู้แบบทั่วไปกับผู้ดูแลดังกล่าวอาจไม่ตรงกับปัญหาและความต้องการในขณะนั้น ทำให้ผลของการให้ความรู้ไม่เป็นที่น่าพึงพอใจและไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทั้งนี้การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลนั้นผู้ดูแลอาจจะไม่ได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากรและแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือแม้กระทั่งมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้มาจากประสบการณ์จริงจากสมาชิกท่านอื่นๆ เนื่องมาจากข้อจำกัดในด้านเวลาในการให้บริการ ภาระงานของพยาบาล นอกจากนี้การสอนตามปกติและการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลต้องทำในช่วงเวลาที่ทางโรงพยาบาลกำหนดไว้ แต่ช่วงเวลาในขณะนั้นผู้ดูแลอาจอยู่ในสภาพที่ยังไม่พร้อมที่จะเรียนรู้เนื่องจากจิตใจจดจ่ออยู่กับการทำกิจกรรมอื่นเช่น รอคิวรับยา รอพบแพทย์ เป็นต้น ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นล้วนส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ของผู้ดูแลและทำให้การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้โดยพบว่า ในกลุ่มทดลองหลังจากเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงกว่า

ก่อนเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้เท่ากับ 85.35 และ 65.50 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่หลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 70.65 และ 67.60 ตามลำดับ จากผลการทดลองจะเห็นว่า การพยาบาลตามปกติ ด้วยวิธีการให้ความรู้โดยทั่วไปและการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลนั้นส่งผลให้มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นน้อยกว่าการเข้ากลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ ดังนั้นการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า ช่วยประหยัดเวลาในการทำงานและยังช่วยลดภาระงานของพยาบาลลงได้ รวมถึงช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากการบริการเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

สำหรับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ทำให้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น เพราะนอกจากกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิต การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การป้องกันอาการกำเริบ การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนต่างๆ และการดูแลสุขภาพของตนเองแล้วนั้น กลุ่มทดลองยังได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาที่พบจากการดูแลซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มทำให้ผู้ดูแลรับรู้ได้ว่ายังมีคนที่มีความเหมือนกันกับตนเองอยู่จึงเกิดการยอมรับกับปัญหาเหล่านั้นได้มากขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไปในทางที่ดีต่อการเข้ามารับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

นอกจากนี้การระดมความคิดเห็นภายในกลุ่มจะทำให้มีทางเลือกในการแก้ปัญหาเหล่านั้นเพิ่มมากขึ้นด้วย การที่ผู้ดูแลได้รับกำลังใจและการสนับสนุนแนวทางในการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีเจตคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้สามารถรับมือและเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เข้ามาได้ดีขึ้นส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยนั้นมีประสิทธิภาพตามมา

หลังจากการพูดคุยสอบถามความรู้สึกของผู้ดูแลหลังจากได้เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้แล้วพบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลได้รับความรู้ที่ตรงกับความต้องการ เกิดความมั่นใจมากขึ้นและมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รู้สึกมีกำลังใจ มีเพื่อนสมาชิกที่เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้สึกดีขึ้นเมื่อได้รับรู้ว่าตนเองไม่ได้กำลังเผชิญปัญหาอยู่เพียงลำพัง ทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น ดังนั้นคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้นั้น พยาบาลควรมีพื้นฐานความรู้ในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้ในการให้คำปรึกษา เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

1.2 เจ้าหน้าที่ในทีมบุคลากรทางสุขภาพ เช่น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

และในชุมชน ควรนำกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้ในการจัดกิจกรรมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้เกิดการพัฒนาในด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้เกิดสัมพันธภาพอันดีระหว่างสมาชิก ช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชได้

2. ด้านวิชาการ

2.1 ควรมีการศึกษาแบบระยะยาว (longitudinal study) มีการติดตามประเมินผลในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน หลังการทดลองโดยดู Growth Curve เพื่อประเมินความยั่งยืนของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2.2 ควรมีการนำกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆ ทางจิตเวช

2.3 ควรมีการนำกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้กับผู้ดูแลโดยมีการจัดกิจกรรมกลุ่มให้กับผู้ดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจิตเวชจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

2.4 ควรนำกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ไปบูรณาการหรือพัฒนาร่วมกับศาสตร์อื่นๆ เพื่อจัดบริการสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ ที่ทำให้ผู้ดูแลหรือผู้ที่สนใจสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น ได้แก่ การทำแผ่นพับเผยแพร่ในระบบเครือข่าย (network) การใช้ระบบ E-learning หรือ Mobile Learning เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

แก้วดา มีศรี. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คมสัน แก้วระยะ. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ และความเครียดในภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เตือนใจ ถักดีพรหม. (2548). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธีระ ลีลานันทกิจ. (2552). *การรักษาทางจิตสังคม*. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาล

ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และคณะ. (2552). *ประสิทธิภาพของการทำครอบครัวบำบัดแนวทฤษฎี Satir สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท*. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการสนับสนุนทุนวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิภาภัทร ภัทรพงษ์บัณฑิต. (2548). *ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

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

วาสนา ปานดอก. (2545). *กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิสาข์ วัชรศิริบรรลือ และศุภกร วงศ์วาทัญญู. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. ใน *การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 23*, หน้า 449-456. ณ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.

- ศิริกาญจนา เอกสิทธิ์ไตรรัตน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด. วิทยาลัยพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ สาขาการพยาบาลสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วีเจพรินติ้ง.
- สายฝนเอวารงกูร.(2558). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 2. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ : โรงพิมพ์ใหม่พรินติ้ง.
- สุนันทา นวลเจริญ. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยาลัยพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bae, S. M., Lee, S. H., Park, Y. M., Hyun, M. H., & Yoon, H. (2010). Predictive factors of social functioning in patients with schizophrenia: Exploration for the best combination of variables using data mining. *Psychiatry Investigation*, 7, 93-101.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization*. 5th Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Canive, J. M., Sanz-Fuentenebro, J., Vazquez, C., Qualls, C., Fuentenebro, F., Pérez, I. G., et al. (1996). Family psychoeducational support groups in Spain: Parents' distress and burden at nine-month follow-up. *Annals of Clinical Psychiatry*, 8(2), 71-79.
- Chan, S. & Yu, I. W. (2004). Quality of life of clients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 72-83.
- De Melo, F. (2001). Support group for PLWHA in India. *The Fifth International Conference on Home and Community Care for Persons Living with HIV/AIDS*, 2001, Chiang Mai, Ministry of Public Health ; Ministry of Interior.
- Evers GCM, et al. (1986). The appraisal of self-care agency's ASA-Scale: research program to test reliability and validity. In: *Proceedings of the International Nursing Research Conference "New Frontiers in Nursing Research"*. Edmond, 1986. Canada: University of Alberta.
- Kane, J. M., & Marder, S. R. (1993). Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 287-302.
- Kaur, S., Behera, D., Gupta, D., & Verma, S. K.

- (2009). Evaluation of a supportive educative intervention on Self-Care in patients with bronchial asthma. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 5(2), 124-132.
- Lefley, H. P. (1987). Aging parent as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. *Hospital & Community Psychiatry*, 38(10), 1063-1070.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Maj, M., & the National Mental Health Project Working, G. (2006). Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: preliminary results from an Italian national study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 60-63.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Maj, M., & Malangone, C. (2005). Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social Science and Medicine*, 61(2), 313-322.
- Manidipa, G. (2001). Self-Support group for the HIV individuals. *The Fifth International Conference on Home and Community Care for Persons Living with HIV/AIDS*, 2001, Chiang Mai, Ministry of Public Health ; Ministry of Interior.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing concepts of practice*. 3thed. New York: McGraw Hill Book.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing concepts of practice*. 5thed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice*. 6thed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Redman, B. K. (1993). *The process of patient teaching in nursing*. 4th Ed. St. Louis: Mosby Company.
- Sawatzky, J. E., & Fowler-Kerry. (2003). Impact of caregiving: listening to the voice of informal caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing*, 10, 277-286.
- Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (1996). *Family caregiver inventory: The caregiver's view*. Portland: Oregon Health Sciences University, School of Nursing.
- World Health Organization. (2017). Schizophrenia [Online]. Retrieved 8, December, 2017 from <http://www.who.int/mentalhealth/management/schizophrenia/en>