

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
ต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*

THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT GROUP PROGRAM ON BURDEN OF
CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

สุนิษฐ์ แสงดาว (Sunee Seangdao, M.N.S., RN)**

เพ็ญพักตร์ อุทิส (Penpaktr Uthis, Ph.D., RN)***

รัชনীกร เกติโชค (Ratchaneekorn Kertchok, Ph.D., APN)****

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were: 1) to compare the burden of caregiver of schizophrenic patients before and after received the social support group program, and 2) to compare the burden of caregiver of schizophrenic patients who received social support group program and those who received regular nursing care. Forty of caregiver of schizophrenic patients receiving services in mental department, Tharea Hospital, who met the inclusion criteria were matched pair and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the social support group program composed of 6 group activities to improve relevant skills including the relationship, relaxation, confronting

tension efficiently, problem solving skills, education, appreciate resource place. The control group received regular nursing care. Research instruments were the social support group program, caregiver burden scale, and social support scale which were developed by the researcher. These instruments were tested for content validity by a panel of 5 experts. The reliability of caregiver burden scale and social support scale were reported using Chronbach's Alpha coefficient as of 0.84 and 0.83 respectively. The t-test was used in data analysis. Major findings were as follows:

1. Burden of caregivers of schizophrenic patients who received the social support group program after the experiment was significantly lower than before experiment at the .05 level.

2. Burden of caregivers of schizophrenic patients who received the social support group

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพพระคัมภีร์ชำนาญการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดน้อย

*** Corresponding author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: penpaktr_uthis@hotmail.com

**** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

program was significantly lower than those caregivers who received in regular nursing care at the .05 level.

Keywords: Schizophrenic Patients/Burden/Social Support/Social Support Group Program

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลองเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม 2) เปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลท่าเรือซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน จับคู่สู่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การดำเนินกลุ่ม 6 ครั้ง เพื่อพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การผ่อนคลาย การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา การให้ความรู้ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม แบบวัดภาระการดูแล และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยแบบวัดภาระการดูแล และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) ผลการวิจัยที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท ภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แบบกลุ่ม

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เป็นปัญหาการเจ็บป่วยสำคัญที่มีอัตราส่วนสูงสุดในบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด (Buchanan & Carpenter, 2005) และปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคน/ปี (Sadock & Sadock, 2005) ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมากเป็นอันดับที่ 1 โดยคิดเป็นร้อยละ 27.07 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2552) โรคจิตเภทมีความผิดปกติทั้งทางด้านการรู้คิด อารมณ์ ประสาทสัมผัสและพฤติกรรมเป็นสาเหตุอันดับ 5 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถ (พิเชษฐอุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) Montgomery (1985) กล่าวว่าภาระในการดูแลหมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความ

หนักใจ ความเครียด ความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อประสบการณ์การดูแล การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอันยาวนานส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเบื่อหน่ายเหนื่อยหน่าย (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) และภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย เช่น การมีเวลาส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานที่เปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจรายได้ของผู้ดูแลและครอบครัว ดังนั้นหากผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขในเรื่องภาระการดูแลก็จะส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและวิตกกังวลจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงซึ่งมักเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดคะเนล่วงหน้า และการที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หหมดหวัง และเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (จิราพร รักการ, 2549; Loukissa, 1995; Lim & Ahn, 2003) อีกทั้งทำให้ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเท่าที่ควรจนทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบซ้ำจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ภาระในการดูแลมาจากการที่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยผลการศึกษาของ Dyck,

Short & Vitaliano (1999) พบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมักมีการรับรู้ภาระในระดับสูงเมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chien, Chan & Morrissey (2007) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีที่สุด ทั้งนี้ House (1981) เสนอแนวคิดว่าการสนับสนุนทางสังคมจำแนกเป็น 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของนิสากร แก้วพิลา (2545) พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทยังขาดการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการศึกษาของมนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์ (2544) ที่พบว่าภาระการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องยาวนานส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง จนเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังขาดการสนับสนุนด้านการประเมินค่าซึ่งจากการศึกษาของครุณี คชพรหม (2543) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังขาดการช่วยเหลือจากองค์กรเครือข่ายในชุมชน เนื่องจากยังมีเครือข่ายทางสังคมจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าจากการศึกษาของ Magliano, et al. (2006) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการสนับสนุนด้าน

อารมณ์ รวมถึงการช่วยเหลือจากสังคมเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะฉุกเฉินต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และผลการศึกษาของ Crotty & Kuly (1986) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขาดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขาดการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของ House (1981) นำไปสู่การรับรู้ทั้งภาระเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยของผู้ดูแล (Hanzawa, 2010)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาค้นคว้า และ ทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มขึ้นเพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของประเทศไทย โดยการประยุกต์กิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาของ Chou, et al. (2002) ซึ่งถูกออกแบบให้มีเนื้อหากิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของ House (1981) ได้แก่

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support)
- 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support)
- 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) และ
- 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ร่วมกับการดำเนินการโดยใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนตามแนวคิดของ Marram (1978) ถือเป็นปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถพัฒนาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจ และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีทรัพยากรที่จะ

สามารถดึงเข้ามาใช้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากขึ้น เช่น มีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ดูแลมีความเครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง เนื่องจากได้รับการพัฒนาให้เกิดทักษะในการเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการสนับสนุนประคับประคองทางอารมณ์จากผู้ดูแลคนอื่นๆ ที่เป็นสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระด้านปรนัยและด้านอัตนัยลดลง (Hanzawa, 2010) ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นและลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980)

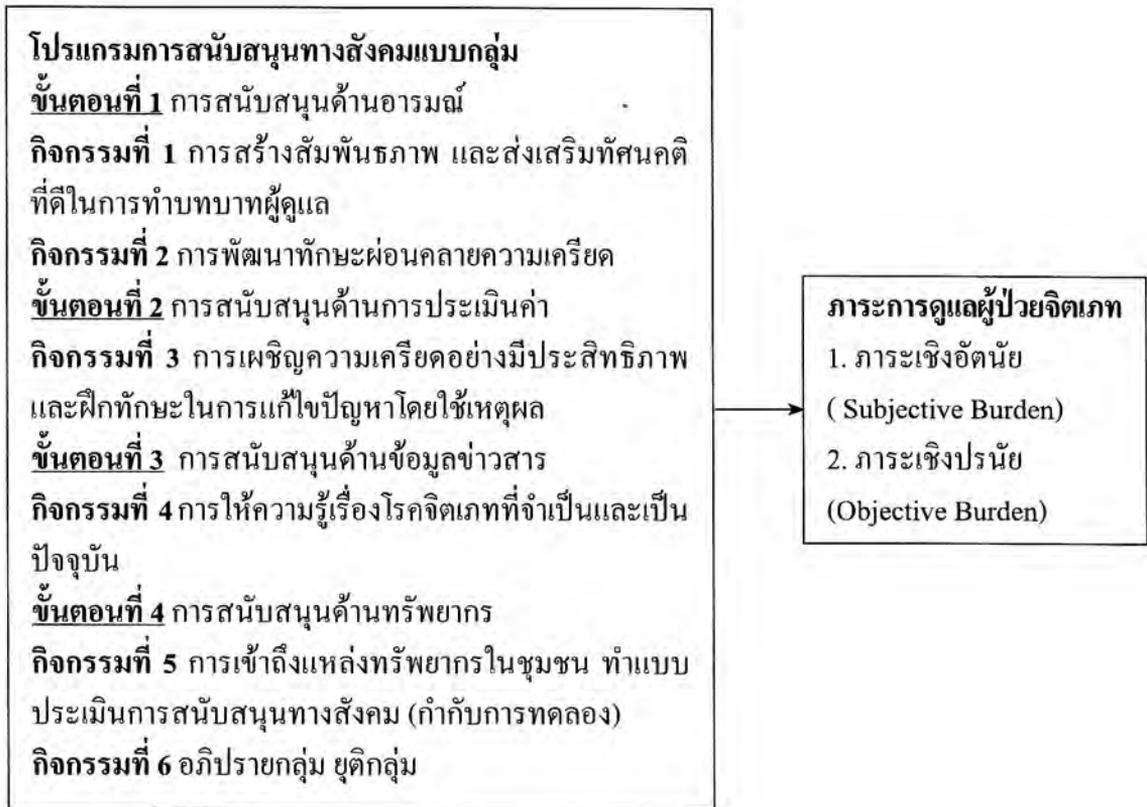
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
- 2) เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

- 1) ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มจะต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
- 2) ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มจะต่ำกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest –Posttest Control Group Design) มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นจิตเภทตาม ICD-10 ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลของรัฐ **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลที่พา

ผู้ป่วยมารับยาหรือมารับยาแทน ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คือเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปและมีคะแนนภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณจากโปรแกรม Power analysis ของ Cohen (1988) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 90.77 ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มๆ ละ 20 คน รวมทั้งหมดจำนวน 40 คนโดยมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้วยการจับคู่ผู้ดูแล (Matched-pair) ในเรื่อง

ระยะเวลาการดูแล และความเพียงพอของรายได้ แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คู่

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของ โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย ดำเนินการโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่ม ตัวอย่างเป็นหลัก พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่ม ตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม ในการวิจัย ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการทำวิจัยใน ครั้งนี้ถือเป็นความลับ การตอบรับหรือการปฏิเสธ จะไม่มีผลต่อการรักษาและการรับบริการต่างๆ ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มจะเป็นความลับ แต่จะ นำไปวิเคราะห์โดยภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์ จากกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาของ Chou et al. (2002) ซึ่งพัฒนาขึ้น ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ร่วมกับการดำเนินการโดยใช้กระบวนการ กลุ่มสนับสนุนตามแนวคิดของ Marram (1978) จำแนกเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะสิ้นสุดกิจกรรม และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล เพิ่มระบบ สนับสนุนและเครือข่ายทางสังคมแก่ผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละ กิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน โดยใน โปรแกรมฯประกอบด้วยกิจกรรมดำเนินการ จำแนกเป็น 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) กิจกรรมที่ 3 การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพด้วยการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันและจำเป็นเรื่องโรคจิตเภท ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) กิจกรรมที่ 5 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ในชุมชน กิจกรรมที่ 6 สรุปประเมินผลและยุติกลุ่มและภายหลังการปรับปรุงแก้ไขตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยได้นำโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มไปทดลองใช้ กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 คน จนครบทั้ง 6 กิจกรรม แล้วจึงปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์ อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริงในการทดลอง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ สมรส รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาระ 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงปรนัย และภาระเชิงอัตนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .84

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา ได้แก่ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งใช้แนวคิดของ House (1981) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ตลอดเวลา ถึงไม่เป็นจริงเลย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทางวัตถุ การสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทไปตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาล บัณฑิตยาลัยจำนวน 30 ราย แล้วนำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .83

การดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติที่คลินิกชีวิตใหม่ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลท่าเรือ จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้แก่ การให้คำแนะนำรายบุคคลตามสภาพปัญหาของผู้ดูแล การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน และการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวโดยบุคลากรสาธารณสุข หรือพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่

2. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มในกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2554 ถึงวันที่ 5 มกราคม 2555 ประกอบด้วยรายละเอียดกิจกรรมการดำเนินการกลุ่ม ดังนี้ **กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพและเสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแล โดยมีการสร้างสัมพันธภาพและทำให้ผู้ดูแลยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลตนเอง **กิจกรรมที่ 2**

การพัฒนาทักษะผ่อนคลายความเครียด โดยการให้ข้อมูลวิธีผ่อนคลายความเครียด และเลือกใช้วิธีคลายเครียดด้วยตนเองได้ โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันและฝึกทักษะคลายเครียดร่วมกัน **กิจกรรมที่ 3** การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพและฝึกทักษะแก้ไขปัญหาเป็นการแลกเปลี่ยนปัญหาที่พบในการดูแลการประเมินค่าสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเลือกใช้ทักษะในการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพพร้อมกับฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล **กิจกรรมที่ 4** การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน เป็นการแลกเปลี่ยนถึงความเข้าใจของตนเองในความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา ยาทางจิตเวช อาการเตือนก่อนการกำเริบ ผู้วิจัยสรุปประเด็นและเสริมความรู้ที่จำเป็นและเป็นปัจจุบัน **กิจกรรมที่ 5** การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน เป็นการแลกเปลี่ยนถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่และเคยได้รับจากชุมชนและผู้วิจัยให้ข้อมูล แหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท **กิจกรรมที่ 6** สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม เป็นการให้กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทบทวนความรู้และทักษะที่ดำเนินการมาทั้งหมดให้การเสริมแรง การตอบปัญหาและเป็นที่ปรึกษาเป็นขวัญกำลังใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยได้ให้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท (pre-test) และภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองโดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและหลังเสร็จสิ้นการบำบัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มคือ หลังกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละและเปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบทีโดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (80%) มีอายุระหว่าง 41-59 ปี (55%) มีสถานภาพสมรสคู่ (55%) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (50%) มีอาชีพรับจ้าง (45%) ระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 16-20 ปี (40%) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่าเป็นบิดา/มารดา (50%) มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (50%) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลต่อเดือนพบว่าส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท (30%) ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,001-8,000 บาท (35%)

2. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ การการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่ม ทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มพบว่าคะแนนการ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย หลังได้รับ

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม (\bar{X} = 2.29, 2.35 และ 2.22 ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม (\bar{X} = 2.99, 2.98 และ 3.01 ตามลำดับ) ดังตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ การการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

การการดูแลผู้ป่วยโดยรวม และรายด้านจำแนกตามระยะเวลา	คะแนนการการดูแลผู้ป่วย		t	df	p-value
	\bar{X}	S.D.			
ภาวะโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	2.99	0.45	6.99	19	0.00
หลังการทดลอง	2.29				
ภาวะเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	2.98	0.5	5.55	19	0.00
หลังการทดลอง	2.35				
ภาวะเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	3.01	0.49	7.06	19	0.00
หลังการทดลอง	2.22				

2. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ การการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม (n = 20) พบว่าคะแนนเฉลี่ยการการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = -6.99$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะใน

การการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและพบว่า คะแนนเฉลี่ยการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการ ทดลอง แต่คะแนนก่อนและหลังการทดลองใน กลุ่มนี้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล	\bar{X}	S.D.	ระดับ	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	2.99	.376	ปานกลาง	19	-6.99	0.00
หลังการทดลอง	2.29	.375	น้อย			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	3.16	.356	ปานกลาง	19	-1.08	0.29
หลังการทดลอง	3.11	.355	ปานกลาง			

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -6.99$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาว่ากิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ร่วมกับกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการวิจัยของ Chou et al. (2002) และใช้กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ในการดำเนินกลุ่มเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจนส่งผลให้การรับรู้ภาระเชิงประนัยและเชิงอัตนัยลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chien & Norman, 2009) โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยจับคู่ตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความเพียงพอของรายได้ เนื่องจากตัวแปรทั้ง 2 มีผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Montgomery et al., 1985; Bull, 1990) แล้วจับผลเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนั้นเมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่พัฒนาขึ้นจะพบว่า แต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจนส่งผลให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและเสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการทำบทบาทผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วย นำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทและการที่ให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแล

ซึ่งการที่ได้รับการยกย่อง เห็นคุณค่า ใ่วางใจ ความหวังใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ตรงกับการศึกษาของ (Elliot, 1998; Grandón, 2008) ที่ว่าการรับฟังจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มด้วยกันถือเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ ส่งผลให้การรับรู้ลดภาระเชิงอัตนัยลดลงได้และจากการที่ได้รับการยกย่องจากสมาชิกกลุ่มทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าโดดเดี่ยวเป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจ รวมถึงการที่ผู้ดูแลได้ตรวจสอบความคาดหวังของตนเองต่อผู้ป่วยถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการดูแล (อัญชลีศรีสุพรรณ, 2547) ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่นทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านอัตนัยและปรนัยลดลง (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการผ่อนคลายความเครียด พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบว่าต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลและการเจ็บป่วยซึ่งถือว่าเป็นภาระด้านอัตนัยเป็นผลกระทบด้านจิตใจ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Montgomery et al., 1985) การได้รับความรู้และได้รับการฝึกทักษะในการสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย และฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกการหายใจ และวิธีนวดคลายเครียดด้วยตนเอง ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยผ่อนคลายด้านร่างกาย อารมณ์ และด้านจิตใจ เนื่องจากทำให้ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลาย ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น (Gispens-de Wied, 2000) ดังนั้นการให้ผู้ดูแลสามารถเลือกใช้ชีวิตคลายเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระ

เชิงอัตนัยลดลง (Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 3 การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพและฝึกทักษะในการแก้ปัญหา พบว่าผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแล รู้สึกผ่อนคลายและมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด ทำให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยได้ เกิดความรู้สึกเป็นภาระลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ Wuerker, et al. (2001) พบว่าคนที่มีการแสดงอารมณ์ต่ำกว่าจะสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นได้ และในคนที่แสดงอารมณ์สูงจะมีรูปแบบการควบคุมที่แข็งแกร่งไม่ยืดหยุ่นทำให้เกิดความสัมพันธ์อันตึงเครียดในครอบครัว และสอดคล้องกับ Magliano et al. (1998) ที่พบว่าการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาปและการที่ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะในการแก้ปัญหาด้วยเหตุผลทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระทั้งด้านอัตนัยและด้านปรนัยลดลง (Lazarus & Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่จำเป็นและเป็นปัจจุบันพบว่าผู้ดูแลมีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท มีการจัดการกับอาการของโรค ลดภาระการดูแลผู้ป่วยลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทูลภา นุปผาสังข์ (2545) ที่ว่าในผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีจำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง ส่งผลต่อการลดภาระเชิงปรนัยได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Magliano & Fiorillo (2007) ที่ว่าการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการ

รักษาด้วยการให้ความรู้ทั้งสาเหตุอาการ การรักษา ยาและผลข้างเคียงของยา จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ และความเข้าใจ ส่งผลกระทบเชิงบวกต่ออาการของผู้ป่วยและลดภาระการดูแลและการเจ็บป่วย

กิจกรรมที่ 5 การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ในชุมชน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม บอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ เกิดความรู้สึกมั่นคง และมั่นใจเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanzawa et al. (2010) ที่ว่าภาระการดูแลผู้ป่วยลดลงเมื่อสมาชิกครอบครัวมีทัศนคติทางบวกกับผู้ป่วย มีการสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

กิจกรรมที่ 6 การอภิปรายกลุ่มและยุติกกลุ่ม พบว่าจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในหัวข้อเดียวกันหรือมีการแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองให้สมาชิกอื่นในกลุ่ม ได้รับรู้ร่วมกันทำให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนแก้ไข ปัญหาในอนาคต มีผู้ปรึกษา เพิ่มความมั่นใจ รวมถึงเป็นขวัญกำลังใจ เป็นเครือข่ายในการช่วยเหลือระหว่างผู้ดูแลด้วยกันเองภายใต้กลุ่มเพื่อนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Elliott & Reimer (1998) ที่พบว่า การช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม การที่สมาชิกกลุ่มร่วมกันทบทวน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ทักษะต่างๆ เป็นวิธีการให้ความรู้โดยใช้เทคนิค กระบวนการกลุ่มสามารถช่วยประคับประคอง ด้านจิตใจ

ดังนั้นผลการวิจัยที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -7.15$) เกิดจากกระบวนการกลุ่มของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่มได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้งสี่ด้านตามแนวคิดของHouse (1981) ทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจนส่งผลให้การรับรู้ภาระเชิงปรณัยและเชิงอัตนัยลดลงได้ (Chien & Norman, 2009) และ Yeh et al. (2008) ที่ได้ศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมร้อยละ 66.1 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chien, Chan & Morrissey (2007) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการพยาบาล

1. การนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มไปใช้นั้นพยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อเตรียมความพร้อมของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มและสมาชิกกลุ่มเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มไปใช้สำหรับเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสามารถปรับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม และระยะเวลาในการ

ดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนได้ตามความเหมาะสม เช่น ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม การปรับเปลี่ยนการดำเนินกิจกรรมตามลักษณะชีวิตประจำวันของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น การดำเนินกิจกรรมในวันหยุดหรือในช่วงตอนค่ำของวันธรรมดาเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เป็นต้น

ด้านการศึกษา

1. ควรจัดให้พยาบาลได้มีการศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมทั้งการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการเฉพาะ เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนและเป็นการช่วยในการขจัดปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตที่อยู่ในชุมชน

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลของการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามผลระยะยาวทุก 1, 3, 6 เดือน ซึ่งจะเป็นผลดีต่อครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับไปอยู่ในชุมชน เป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีในชุมชน รวมถึง

ควรศึกษาวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มอื่นๆในชุมชนเช่นเดียวกัน เช่น ในกลุ่มของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางอารมณ์ เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นว่าภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันหรือไม่และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณศูนย์สร้างสุขภาวะผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ตามโครงการทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในการสร้างสุขภาวะผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ประจำปีงบประมาณ 2554

รายการอ้างอิง

- จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2549). *ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและ*

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตากร แก้วพิลา. (2545). *ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ครุณี คชพรหม. (2543). ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่ออาการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทูลภา นุปผาสังข์. (2545). ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เพชร คันธสายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์. (2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. *วารสาร*

สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 9(3), 113-127.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษย์. (2546). *จิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.

ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). *สุขภาพจิตและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุขภาพจิต (กรม) กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต*. ศูนย์สารสนเทศกองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Anderson, C.M., Hogarty, G.E., & Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-education. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 490-505.

Buchanan, R. W., & Carpenter, T.W. (2005). Schizophrenia: Introduction and overview. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. (7th ed.), 1096-1109.

Bull, M.J. (1990). Factors influencing family caregiving burden and health. *Western Journal of Nursing Research*, 12(6), 758-776.

Chien W.T, Chan S.W, Morrissey J. (2007). *Journal*

- of *Clinical Nursing*, 16(6), 1151-61.
- Chien, W.T., & Norman, I. (2009). The effectiveness and active ingredients of mutual support groups for Family caregivers of people with psychotic disorders: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(12), 1604-1623.
- Chou, K.-R., Liu, Su-Yen. & Chu, Hsin. (2002). The effects of support groups on caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), 713-722.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Crotty, P. & Kuly, R. (1986). Are Schizophrenics a burden to their families? Significant others views. *Health Social Worker*, 11, 173-188.
- Hanzawa, S., Bae, J.K., Tanaka, I., Bae, Y.J., Tanaka, G., Inadomi, H. et al. (2010). Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(4), 377-386.
- House, J.S. et al. (1981). Social support occupational stress and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 202-218.