

EFFECTS OF SELF – HELP GROUP PROGRAM ON THE MENTAL HEALTH SELF - CARE BEHAVIORS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS’ CAREGIVERS IN NAWUNG SUB-DISTRICT COMMUNITY, MUEANG DISTRICT, PHETCHABURI

*Laoo Sinhachotsukpat, M.N.S.**

Abstract

Objective: The objective of this research was to study the effects of self-help group program on the mental health self-care behaviors of schizophrenic patients’ caregivers in Nawung Sub-district community, Mueang District, Phetchaburi.

Methods: The research samples consisted of 60 members of schizophrenic patients’ caregivers in Nawung Sub-district community, Mueang District, Phetchaburi, who met the inclusion criteria. They were matched by age and duration of patient care. Moreover, they were divided equally into two groups: the experimental group and the control group. Caretakers in the experimental group received the care according to the program while the self-help group in the control group received the normal nursing care. Research instruments were: 1) The self-help group program for schizophrenic patients’ caregivers in the community that was developed by the researcher which was six group activities: orientation and relationship creating, self-awareness, self-help in daily routines, facing problems and stress management, effective communication and way of life in society, 2) General information questionnaire, and 3) Scale of mental health self-care behaviors of schizophrenia patients’ caregivers by using dependent t-test, independent t-test, mean, and standard deviation (SD) to analyze the data. These two instruments were tested for content validity by five experts. The second instrument had the Cronbach alpha reliability coefficient as of .95.

Results: 1) The mean score on self-care behavior of the experimental group before and after participating in the program was significantly different at the statistical level of .01. 2) The mean score on self-care behavior of the experimental group and the control group after the experiment was significantly different at the statistical level of .01.

Conclusion: The self-help group program for Schizophrenic patients’ caregivers in the community could increase the mental health self-care of Schizophrenic patients’ caregivers in Nawung Sub-district community, Muang district, Phetchaburi.

Keywords: Self-help group program, mental health self-care behaviors, schizophrenic patients’ caregivers

**Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University, e-mail: laoo.sin@mail.pbru.ac.th*

Received: 16 October 2021, Revised: 10 February 2022, Accepted: 17 February 2022

ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

ลออ สิงห์ โชติสุขแพทย์, พย.ม. *

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 60 คนได้รับการจับคู่ด้วยอายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง ได้แก่ การปฐมนิเทศและการสร้างสัมพันธภาพ การรู้จักและตระหนักรู้ตนเอง การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน การเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการความเครียด การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การดำเนินชีวิตในสังคม 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 3) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้ dependent t-test, independent t-test, ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูล เครื่องมือทั้ง 2 ชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือชุดที่ 2 มีความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95

ผลการศึกษา : 1) คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป : โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถเพิ่มการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีได้

คำสำคัญ : โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี, e-mail: laoo.sin@mail.pbru.ac.th
วันที่รับ: 16 ตุลาคม 2564, วันที่แก้ไข: 10 กุมภาพันธ์ 2565, วันที่ตอบรับ: 17 กุมภาพันธ์ 2565

ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภทคือ บุคคลที่มีความผิดปกติด้านการคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ส่วนมากมักจะตกอยู่ในสภาพที่ป่วยเรื้อรัง (ปธานนท์ ขวัญสนธิ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2561) คือเป็นการเจ็บป่วยที่มีระยะเวลานานติดต่อกันเกินกว่า 3 เดือน มักมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ต้องเข้ารับการรักษารอย่างต่อเนื่องแบบโรคเรื้อรัง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) และมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และในปัจจุบันนโยบายการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตของประเทศไทยเน้นทำให้การรักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้น เฉพาะที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงเท่านั้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80.00 จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด เพื่อให้กลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน (ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ, 2561) ดังนั้นผู้ดูแลหรือครอบครัวจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สอดคล้องกับ World Health Organization (2019) ได้กล่าวไว้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาระดับโลก ครอบครัวและญาติมีส่วนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นที่ยอมรับจากทั่วโลกว่า ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ต้องเสียสละเวลาในการทำงานประจำของตนเพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลนี้จะเริ่มตั้งแต่วินาทีที่ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการหลงเหลืออยู่ภายหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไปจนถึงการดูแลที่ยาวนานในช่วงที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน และในชุมชน ต้องใช้เวลามากขึ้นในการดูแลให้

ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ (Ribé, Salamero, & Pérez-Testor, et al., 2018) คอยช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นในเกือบทุกด้านของชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (อติญา โพธิ์ศรี, 2561) นอกจากนี้ยังมีบทบาทด้านการจัดการกับอาการของโรคที่เกิดขึ้น โดยมีหน้าที่สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด จัดการกับอาการก้าวร้าว การทำร้ายผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เก็บของมีคม ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการผิดปกติ ขอโทษเพื่อนบ้านที่ถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้าย และอีกบทบาทคือ ดูแลด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย เช่น จัดหาอาหาร ดูแลความสะอาดร่างกาย ดูแลการพักผ่อน อย่างเพียงพอ กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว สังคม และชุมชน ควบคุมไม่ให้ดื่มสุรา และสารเสพติดทุกชนิด ตลอดจนป้องกันการถูกล้อเลียน หรือรังเกียจจากคนอื่น จากบทบาทดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลายด้าน เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ (มัลลิกา จันทรเพ็ญ, 2560) อาจบาดเจ็บจากการที่ถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้าย (เดือนแรม ยศปัญญา, 2557) นอกจากนี้ยังเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า (Rungwittayanuwat, Phattharayuttawat, & Charoensak, 2018; ธิติพันธ์ ธานีรัตน์, เขียวลักษณ์ พินิตอังกูร, ต้นติมา ค้วงโยธา, อุบุญรัตน์ สุริราช และปิยนุช กิมเสาว, 2559; สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบททัย สิทธิธนฤทธิ์, ธีรศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล และวรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, 2561) ซึ่งถ้ามีมากขึ้นจะส่งผลต่อความคิด สติปัญญา อารมณ์ของ

ผู้ดูแล เกิดการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ท้อแท้ มีความทุกข์ (Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado, & Miranda-Castillo, 2009; Aarti, Ruchika, Kumar, & Varghese, 2019) มีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง สัมพันธภาพกับญาติห่างเหินไป เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนลดน้อยลง (Das, Maiti, & Roy, et al., 2019)

จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องได้รับการดูแลด้านจิตใจ เพื่อให้มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี เห็นคุณค่า และลงมือกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดี โดยพัฒนาโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) ของวอลซ์และบลูเออร์ (Walz & Bleuer, 1992) ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ซึ่งมี 7 ด้านคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป การใช้โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ประคับประคองจิตใจและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ลักษณะของกลุ่มประกอบด้วยบุคคลที่มีลักษณะเดียวกัน คือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีปัญหาคล้ายคลึงกัน ทำให้รู้สึกว่าคุณเองไม่ได้แตกต่างจากคนอื่นจึงไม่รู้สึกท้อแท้หรือสิ้นหวัง รู้สึกว่าคุณตนมีความทุกข์เช่นเดียวตลอด เกิดความรู้สึกใหม่ที่ไม่ได้อยู่คนเดียวในโลก ยังมี

เพื่อนที่มีความทุกข์และปัญหาเช่นเดียวกัน ซึ่งมีมิตรภาพที่เกิดจากความรู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกันจะทำให้สมาชิกยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหา โดยคำแนะนำที่ได้มาจะเป็นคำแนะนำง่าย ๆ ที่สามารถปฏิบัติได้จริง โดยผู้ที่เป็นสมาชิกกลุ่มเป็นผู้ให้เอง (Robinson, 1985) จะทำให้เกิดการพัฒนาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้เสริมสร้างความสัมพันธ์ ให้กำลังใจ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินกลุ่ม (Vogel, 1998) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยบุปผา ธนิกกุล (2555) ได้ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้เพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง และในต่างประเทศมีการนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในการดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท พบว่าทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวดีขึ้น (Chien, Norman & Thompson, 2004) ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบช้าลง (Chien & Chan, 2013) และช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Chien, Norman & Thompson, 2004) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของอัญชลี ตักโพธิ์ (2559) เรื่องผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี หากนำโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาใช้

เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จะส่งผลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้กรอบแนวคิดโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) ของวอลซ์และบลูเออร์ (Waltz & Bleuer, 1992) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยจะได้รับการช่วยเหลือ 4 ลักษณะได้แก่ การแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (Share emotional and social support) การให้ข่าวสารระหว่างสมาชิก (Information) การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้ และการพัฒนาทักษะ (Education and skill development) และการให้ความช่วยเหลือ (Advocacy) ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี เห็นคุณค่า และลงมือกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งมี 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและการดูแลตนเองโดยทั่วไปประกอบด้วย

6 กิจกรรม คือ

1) การปฐมนิเทศและการสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดความไว้วางใจ และกล้าแสดงความคิดเห็น ทั้งยังเป็นการปฐมนิเทศเพื่อสร้างความคุ้นเคยในการเริ่มต้นกิจกรรมที่ทำให้สมาชิกกลุ่มรับทราบถึงวัตถุประสงค์ และการดำเนินงานของกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความไว้วางใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน มีการเสริมแรงทางบวกและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (Waltz & Bleuer, 1992)

2) การรู้จักและตระหนักรู้ตนเอง เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับความรู้สึกต่อตนเอง ทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม สามารถบอกจุดเด่น จุดด้อย ความขัดแย้ง หรือข้อจำกัดของตนเองได้ กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้แก่สมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง และแสดงความคิดเห็น ในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่ประสบมา ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักรู้ในตนเองว่าจะต้องมีการปรับปรุง และมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตให้ดีขึ้น (Cole, 1983)

3) การช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน เป็นความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่จะช่วยเหลือตนเองให้ดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างสมดุลในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วยควบคู่กันไป ได้แก่ การทำงานบ้าน การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยกระตุ้นและส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดำรงไว้ซึ่ง

ความสมดุลในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ (อัญชลี ตักโพธิ์, 2559)

4) การเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการความเครียด เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดความเครียด ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรือจากสาเหตุอื่น ๆ ก็ตาม สมาชิกซึ่งมีปัญหาล้ายคลึงกัน จะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงปัญหา สาเหตุ การเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการความเครียด ทำให้รู้สึกว่าคุณเองไม่ได้แตกต่างจากคนอื่น จึงไม่รู้สึกท้อแท้หรือสิ้นหวัง ความรู้สึกว่าคุณมีความทุกข์คนเดียวลดลง เกิดความรู้สึกใหม่ว่าคุณไม่ได้อยู่คนเดียวในโลก ยังมีเพื่อนที่มีความทุกข์ และปัญหาเช่นเดียวกัน จะทำให้สมาชิกยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหาและจัดการความเครียด จะเป็นคำแนะนำง่าย ๆ ที่สามารถปฏิบัติได้จริง (Robinson, 1985) จะทำให้เกิดการพัฒนาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ดีขึ้น

5) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกล้าที่จะสื่อสารให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง โดยจะเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการสื่อสารกันเองอย่างเปิดเผย แลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ในการสื่อสารของกันและกัน และสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแลให้สามารถรับรู้และเข้าใจถึงความต้องการของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (ประเทือง ละออสุวรรณ และนภาพิรุจินตนา, 2561)

6) การดำเนินชีวิตในสังคม เป็นการส่งเสริม

ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ถึงวิธีการที่จะดำเนินชีวิตในสังคมได้เป็นปกติสุขมากที่สุดทั้งที่ยังต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปด้วย สมาชิกจะสามารถมองและวิธีการดำเนินชีวิตในสังคมและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคมของตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (เดือนแรม ยศปัญญา, 2557) ซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้สรุปดังภาพที่ 1

สมมติฐานของการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

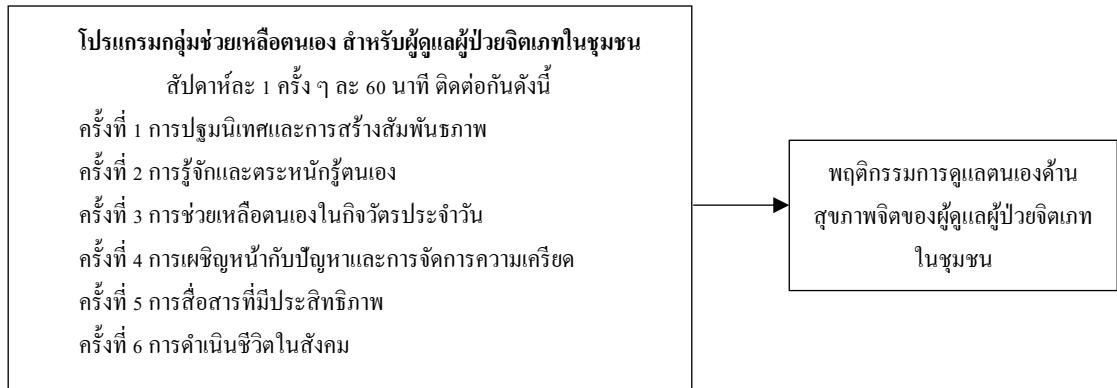
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชนที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research: a control group pretest-posttest design)

ประชากรวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ที่ให้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยโดยตรง อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าเป็นจิตเภท ตาม ICD 10 อาศัยอยู่ในชุมชน ในตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 60 คน สุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน และมีความแปรปรวนเท่ากัน ดังนี้ (Chow, S.C., Shao, J. & Wang, H., 2008)

$$n_1 = n_2 = \frac{2(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 ใช้อำนาจการทดสอบ 0.8 และค่า effect size ที่ 7.5 (อัญชลี ตักโพธิ์, 2559) ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยพฤติกรรม

การดูแลตนเองได้จากการทดลองใช้แบบสอบถามในประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 60 คน คำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ได้รับการจับคู่ด้วยอายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย แล้วถูกสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากจากประชากรเป้าหมายที่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าศึกษาเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการดำเนินการตามแผนการจัดโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามบริการสาธารณสุขปกติประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการปัญหาความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้สุศึกษา การให้คำแนะนำด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัว การให้คำปรึกษารายบุคคลตามสภาพปัญหา และจากการเยี่ยมบ้านของทั้งกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมทำให้ทราบว่าทั้ง 2 กลุ่มปฏิบัติตามเงื่อนไขและข้อตกลงก่อนเข้าร่วมการวิจัยทุกขั้นตอน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามหลักเกณฑ์ ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลการเข้าร่วมทดลองและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยงานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี (NPBRU06-2561) ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาขั้นตอนของการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งการขอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะสิ้นสุดกิจกรรมได้ โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง และข้อมูลที่ไดจากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Walz และ Bleuer (1992) ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีความ

คิดเห็นตรงกัน 4 ใน 5 โดยการปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่าย และกำหนดเวลาให้เหมาะสม หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยการหาค่า CVI พบค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .96 โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองฯ มีการดำเนินการด้วยกระบวนการกลุ่มโดยออกแบบกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 60 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพเป็นการปฐมนิเทศเพื่อสร้างความคุ้นเคยและสัมพันธภาพที่ดีในการเริ่มต้นกิจกรรม ครั้งที่ 2 การรู้จักและตระหนักรู้ตนเองเป็นการส่งเสริมให้รับรู้ความรู้สึกต่อตนเอง บอกจุดเด่น จุดด้อย ความขัดแย้งหรือข้อจำกัดของตนเองได้ ครั้งที่ 3 การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันที่จะช่วยเหลือตนเองให้ดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างสมดุลในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วยควบคู่กันไป ครั้งที่ 4 การเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการความเครียด เป็นการแลกเปลี่ยนถึงปัญหา สาเหตุ การเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการความเครียด ครั้งที่ 5 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกล้าที่จะสื่อสารให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง ครั้งที่ 6 การดำเนินชีวิตในสังคม เป็นการส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ถึงวิธีการที่จะดำเนินชีวิตในสังคมได้เป็นปกติสุข และมี

สุขภาพจิตที่ดีขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และโรคประจำตัวอื่น ๆ

2.2 แบบวัดพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Hill & Smith (1990) และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) มาปรับใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามที่ใช้วัดพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป จำนวน 50 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.96 มีการตรวจสอบความเที่ยง โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ในการวิจัยครั้งนี้ และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบวัดพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ ขออนุญาตการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เตรียมกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภทตาม ICD10 และมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย 2) มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทางสายเลือด ทางกฎหมายหรือเครือญาติได้แก่บิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติพี่น้อง 3) มีอายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป 4) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี 5) สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ดำเนินการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (matched pair) แล้วสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากการมารับบริการ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และเรื่องปัญหาต่าง ๆ จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและทำแบบวัดพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อทำแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (post-test) สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและทำแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (pre-test) กลุ่มทดลองได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองตามแผนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยออกแบบกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ หลังจากการทดลองคณะผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (post-test)

3. ระยะเวลารวบรวมข้อมูล หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์และทำการประเมินผลโดยใช้แบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยายวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ dependent t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติใน

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงเท่ากัน โดยคิดเป็น ร้อยละ 76.70 ที่เหลือเป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 23.30 ในด้านความเพียงพอของรายได้พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 53.30 และมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 46.70 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ทางด้านอายุโดยกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 51.3 ปี ขณะที่กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 52.63 ปี และด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10.60 ปี ส่วนในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10.90 ปี

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความสามารถ	mean	SD	Mean diff	95%CI	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	63.4	14.7	21.1	18.2-22.6	19	-7.0	.01*
หลังการทดลอง	84.6	5.9					
กลุ่มควบคุม							
ก่อนการทดลอง	64.8	14.2	-0.1	0.08-0.3	19	0.2	.83
หลังการทดลอง	64.7	13.6					

*p-value < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1 = 30, n_2 = 30$)

คะแนนความสามารถ	mean	SD	Mean diff	95%CI	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	63.4	14.7	1.3	0.5-1.2	8	0.5	.18
กลุ่มควบคุม	64.7	13.6					
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	64.8	14.2	19.8	15.6-21.2	21	0.9	.01*
กลุ่มควบคุม	84.6	5.9					

*p-value < .05

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การอภิปรายผล

1) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองพบว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสามารถยกระดับพฤติกรรม

การดูแลตนเองได้ดี แสดงให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรม เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดความไว้วางใจ และกล้าแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ส่งเสริมการรู้จักตนเอง ผู้ดูแลได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ประสบมา ซึ่งเป็นสิ่งชักจูงให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับปรุงตนเองและมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น (Cole, 1983) ซึ่งโปรแกรมฯ นี้ทำให้นักดลเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำสิ่งที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Corey & Corey, 2006) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงขึ้น

2) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น ช่วยก่อให้เกิดการประทับระครองจิตใจและสนับสนุนซึ่งกันและกัน (จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, อารยา ทิพย์วงศ์, 2561) ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยใช้ประสบการณ์ของแต่ละคนที่ได้รับ และสมาชิกในกลุ่มประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกันได้มาร่วมระบายนความรู้สึกร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งการยอมรับและการใช้ประสบการณ์

จากกลุ่มเพื่อน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ทักษะคิด อารมณ์ และพฤติกรรม (จรัสพร หอมจันทร์ดี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2562) จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (อัญชลี ตักโพธิ์, 2559)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษาวิจัย ควรติดตามผลในระยะยาวเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมที่เกิดขึ้นว่า ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลสุขภาพจิตตนเอง รวมถึงมีสุขภาพจิตดีขึ้นหรือไม่

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล นำไปใช้ในการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งในภาคทฤษฎีและปฏิบัติ โดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติจิตเวชชุมชน เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลได้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตลอดจนเห็นความสำคัญของบทบาทของพยาบาลในการจัดโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี: บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- จรัสพร หอมจันทร์ดี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. (2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(2), 433-443.

- จินตนา ชูนิพันธุ์. (2534). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยในภาคกลาง. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์ และอารยา ทิพย์วงศ์. (2561). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19 (พิเศษ), 487-494.
- เดือนแรม ยศปัญญา. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 63-74.
- จิตพันธ์ ธานีรัตน์, เขียวลักษณ์ พินธองกูร, ดันติมา ค้างโยธา, อุบลรัตน์ ฐวีราช, ปิยนุช กิมเสาว. (2559). ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(4), 319-330.
- บุปผา ธนิกกุล. (2555). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเทือง ละออสุวรรณ และนภา จิรัฐจินตนา. (2561). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา*, 12(2), 37-47.
- ปัทมานท์ ขวัญสนิท และมานิต ศรีสุรงานนท์. (2561). ตัววัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคจิตเภทในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26(1), 50-62.
- มัลลิกา จันทร์เพ็ญ. (2560). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตะกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ. (2561). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สแกนอาร์ค จำกัด.
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบหทัย สิทธิธนฤกษ์, ชีรศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. (2561). ความทุกข์ของโรคทางจิตเวชในผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(1), 89-98.
- อดิญา โพธิ์ศรี. (2561). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาชุมชนหนองนาสร้าง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 239-247.
- อัญชลี ตักโพธิ์. (2559). ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Aarti, R., Kumar, R. Varghese, A. (2019). Depression and quality of life in family caregivers of individuals with psychiatric illness. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 6(2), 715-20.
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health Qual Life Outcomes*, 7(9), 84.
- Chien, W. T. & Chan, S. (2013). The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia: A randomized controlled trial with 24-month follow-up. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 1326-1340.
- Chien, W. T, Norman, I, & Thompson, D.R. (2004). A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 41(2), 637-649
- Chow, S.C., Shao, J. & Wang, H. (2008). *Sample size calculation in clinical research*. (2nd ed). NY: Chapman & Hall/CRC.
- Cole, S.A. (1983). *Self-help group*. In Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (Eds.). (1993). *Comprehensive group psychotherapy* (3rd ed.). Williams & Wilkins Co.

- Corey, M. S., & Corey, G. (2006). *Group process and practice group*. (7th ed.). The United States of American: Thomson Learning, Inc.
- Das, P.K., Maiti, S., Roy, P., et al. (2019). A comparative study of stigma, quality of life and family burden in patients of schizophrenia and obsessive-compulsive disorder. *Journal of neurology and neuroscience*, 10(5), 287.
- Hill, L., Smith, N. (1990). *Self-Care Nursing Promotion of Health*. 2nd ed. New Jersey: Appleton & Lange.
- Ribé JM, Salamero M, Pérez-Testor C, et al. (2018). Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiver burden, family functioning, and social and professional support. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(1), 25-33.
- Robinson, D. (1985). Self-help group. *British Journal of Hospital Medicine*, 19(9), 109-111.
- Rungwittayanuwat, P., Phattharayuttawat, S., Charoensak, S. (2018). Prevalence of Depression and its Associated Factors among Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 101(1), S1-6-6.
- Vogel, S.H. (1998). Double trouble in Recovery: Self - Help for People with Dual Diagnosis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21, 356-364.
- Walz, G.R., & Bleuer, C. (1992). *Developing Support Groups for Students: Helping Students Cope with Crises*. Michigan: ERIC.
- World Health Organization. (2019). *Schizophrenia*. Retrieved January 03, 2017, from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/