

Chulalongkorn University

Chula Digital Collections

Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)

2018

พลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ศิริธนา ยะมะโน
คณะพยาบาลศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>



Part of the [Nursing Commons](#)

Recommended Citation

ยะมะโน, ศิริธนา, "พลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท" (2018). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 3138.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/3138>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต
เภท



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF COPING SKILLS ENHANCEMENT PROGRAM ON PSYCHOLOGICAL
DISTRESS IN CAREGIVERS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อ
	ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
โดย	น.ส.ศิริธนา ยะมะโน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.อัศรเดช เกตุฉ่ำ)	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ศิริธนา ยะมะโน : ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจ
 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. (THE EFFECT OF COPING SKILLS ENHANCEMENT PROGRAM ON
 PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN CAREGIVERS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA) อ.ที่
 ปริญญาหลัก : ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลองในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดและ 2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องเพศและระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด 2) แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจของ Kessler 3) แบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2 และ 3 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
 ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5877312736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS, PSYCHOLOGICAL DISTRESS, COPING SKILLS
 Sirithana Yamano : THE EFFECT OF COPING SKILLS ENHANCEMENT PROGRAM ON
 PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN CAREGIVERS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA. Advisor: Asst.
 Prof. Rachaneekorn Upasen, Ph.D.

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest -posttest design were to compare: 1) psychological distress in caregivers of persons with schizophrenia before and after received the coping skills enhancement program, and 2) psychological distress in caregivers of persons with schizophrenia who received the coping skills enhancement program and those who received regular nursing care. The research consists of a sample of 40 caregivers of schizophrenic patients who received the service at Outpatient Department at Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Nakhon Ratchasima province. They were matched-pairs with sex and duration of illness of the patient and then randomly assigned to either an experimental or control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the coping skills enhancement program and the control group received regular nursing care. The research instruments used in this research were: 1) the coping skills enhancement program, 2) The Kessler Psychological Distress Scales 3) Coping scale for caregivers of schizophrenic's patients. All instruments were tested for content validity by 5 experts. The Cronbach's Alpha Coefficient reliability of this instruments were .89 and .80 respectively. Data was analyzed using mean, standard deviation and t-test. Major findings were as follows:

1. The psychological distress in caregivers of persons with schizophrenia after received the coping skills enhancement program was statistically significant less than before receiving the program at p .05 level,

2. The psychological distress in caregivers of persons with schizophrenia after received the coping skills enhancement program was significantly less than those in the control group who received the regular nursing care at p. 05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน ที่ให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ และชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้ความเมตตา กรุณา เสียสละเวลาของอาจารย์ เพื่อให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นและพยายามทำวิทยานิพนธ์อย่างเต็มความสามารถ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. อัครเดช เกตุฉ่ำ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตาตามเวลาอันมีค่าในการมอบความรู้และคำแนะนำเพื่อชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ จังหวัดนครราชสีมา หัวหน้าแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่เห็นความสำคัญ สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิอีกทั้ง 5 ท่าน คือ นายแพทย์กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ ดร. สุจรรยา โลหาชีวะ นางอำพัน หิรัญอุทก และนางณัฐกานต์ ใจบุญ ที่เป็นทั้งผู้ทรงคุณวุฒิและเป็นทีปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา และพี่สาว ที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนและให้กำลังใจ แก่ผู้วิจัย ด้วยดีเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น ไม่ท้อแท้ มีพลังในการต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ และน้องๆ ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้วิจัยเสมอมา

สุดท้ายนี้คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่บุพการี ครู อาจารย์ ผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัว รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ ขอให้ทุกท่านจงมีความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดไป

ศิริธนา ยะมะโน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผล.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา.....	15
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	17
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	25
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความกดดันด้านจิตใจ.....	31
4. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด.....	43
5. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด.....	49
6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	52

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	57
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	58
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	58
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	63
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	63
การดำเนินการวิจัย	72
การวิเคราะห์ข้อมูล	92
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	94
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ	102
สรุปผลการวิจัย	108
อภิปรายผลการวิจัย	109
ข้อเสนอแนะ	115
บรรณานุกรม	117
ภาคผนวก	125
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	126
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือขอเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	128
ภาคผนวก ค การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา	134
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	136
ภาคผนวก จ เอกสารขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	148
ภาคผนวก ฉ เอกสารขอตกลงใช้เครื่องมือและเอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย	152
ภาคผนวก ช ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารแสดงยินยอม การเข้าร่วมการวิจัย	154
ภาคผนวก ซ เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย	160

ภาคผนวก ฅ ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ.....	163
ประวัติผู้เขียน.....	165



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	สรุปการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด	49
ตารางที่ 2	ผลการจับคู่ลักษณะที่คล้ายคลึงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่	62
ตารางที่ 3	คะแนนการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด	90
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา	95
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	96
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกระยะเวลาการเจ็บป่วย	97
ตารางที่ 7	คะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)	98
ตารางที่ 8	คะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)	99
ตารางที่ 9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	100
ตารางที่ 10	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	101
ตารางที่ 11	ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค	164
ตารางที่ 12	ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค	164

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	56
ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม Inclusion Criteria	60
ภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนการ Matched Pairs ของกลุ่มตัวอย่าง.....	61
ภาพที่ 4 แสดงการสรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	93



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกในปี 2561 ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคนทั่วโลก (World Health Organization, 2018) และจากการสำรวจสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตในประเทศไทย จากรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2560 พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 2,669,821 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 480,266 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด ซึ่งจากสถิติการมารับบริการของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต พบว่าโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์พบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากเป็นอันดับ 1 และเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2559 - 2560 มีปริมาณเพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนี้ 25,498 ราย และ 29,881 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2560) โรคจิตเภท (Schizophrenia) ถือเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรังเป็นโรคที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาดส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆโดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง ผู้ป่วยแสดงออกในลักษณะอาการหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ความผิดปกติของกระบวนการความคิด (Thought disorder) และมีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมที่เห็นชัดว่าแปลก พิกล ไม่สมเหตุสมผล (มานุษย หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ซึ่งปัจจุบันนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล มุ่งเน้นบรรเทาอาการทางจิตที่รุนแรงหรือกำเริบเท่านั้น เมื่ออาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำให้ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทน้อยลง ซึ่งจะใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 3 - 4 สัปดาห์ (พิเชฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับการจำหน่าย เมื่อมีอาการทุเลาลงและอาจมีอาการเจ็บป่วยบางอย่างหลงเหลืออยู่ โดยยังคงมีอาการผิดปกติหลายด้าน ซึ่งพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเหล่านี้มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม บางอย่างหลงเหลืออยู่และพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการเป็นๆ หายๆ และมีความบกพร่องในหน้าที่และบุคลิกภาพที่เสื่อมลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย โดยพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุด เมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป (มานุษย หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลและครอบครัวที่จะต้องเข้ามารับหน้าที่หลักในการดูแลต่อเนื่อง เพิ่มเติมจากบทบาทอื่นๆที่มีอยู่ให้แก่ผู้ป่วย (Chou et al., 1992 cited in Hou et al., 2008) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ต้องอาศัยการทุ่มเท

ทั้งร่างกาย แรงใจ จึงส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวันของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ (บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์, 2547; Ip & Mackenzie, 1998)

ภาวะกดดันด้านจิตใจ (Psychological distress) เป็นปัญหาที่สำคัญที่พบได้ในประชาชนทั่วไป ซึ่ง Ridner (2003) ได้ทำการวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกดดันด้านจิตใจตามแนวคิดของ Walker & Avant (1995) กล่าวว่าผู้ที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจจะประกอบด้วย 5 คุณลักษณะคือ 1) ไม่สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Perceived inability to cope) 2) มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (Change in emotional status) เช่น รู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า ขาดแรงจูงใจ หงุดหงิด ก้าวร้าว และไม่เห็นคุณค่าในตนเอง 3) รู้สึกไม่สบายใจ (Discomfort) เช่น รู้สึกกลัดกลุ้ม ทุกข์ทรมานใจและทุกข์ยาก 4) มีการสื่อถึงความไม่สบายใจ (Communication of discomfort) เช่น การแสดงออกทางสีหน้า 5) รู้สึกเป็นอันตราย (Harm) เป็นต้น และจากการศึกษาภาวะกดดันด้านจิตใจ (Psychological distress) ตามแนวคิดของ Kessler & Mroczek (1994) กล่าวว่าภาวะกดดันด้านจิตใจเป็นสภาวะทางอารมณ์โดยผู้ป่วยจะแสดงอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งอาการซึมเศร้าได้แก่ รู้สึกหดหู่ เศร้า รู้สึกสิ้นหวัง เป็นต้น และวิตกกังวลได้แก่ รู้สึกกังวลใจ รู้สึกกระสับกระส่ายหรือหงุดหงิด เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ดูแลมีความรักและความผูกพันทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น (Gutierrez et al., 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก (นัทธมนต์ ฉิมสุข, 2555; Chen et al., 2016) ซึ่งจะส่งผลโดยต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตเช่น รู้สึกมีความสูญเสีย รู้สึกอัดอั้นคับข้องใจและมีการแสดงออกทางอารมณ์ในด้านความเศร้าโศก ความรู้สึกผิด ความโกรธ ความรู้สึกหมดหวัง หมดพลัง ความกลัว ความรู้สึกแยกตัว และความรู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกกดดันด้านจิตใจ จนถึงขั้นไม่อยากมีชีวิตอยู่ (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543) และอีกทั้งยังส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยลดลง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สุวิทย์ อินทองและคณะ, 2554) ทำให้เกิดการไร้สมรรถภาพในการทำหน้าที่ โดยเฉพาะไม่สามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ (สินชัย วสุนธรา, 2547; ขนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) และอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตกำเริบ ซึ่งมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยซ้ำ (สุนันทา นวลเจริญ, 2553; Fortinsky et al., 2002; Yusuf & Nuhu., 2011) ดังนั้นหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจน้อย ผู้ดูแลก็จะมีสุขภาพจิตดี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดโอกาสเกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้

ในปัจจุบันแนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวพันโดยตรงทางสายเลือดกับผู้ป่วย เช่น เป็นบิดา มารดา พี่น้อง และลูก ซึ่งการกระทำดังกล่าว ในสังคมไทยถือว่าเป็นหน้าที่โดยตรงของกลุ่มบุคคลนี้ อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีบ้างที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจะเป็นกลุ่มของผู้เป็นลูกเขยลูกสะใภ้หรือสามีภรรยาซึ่งไม่ได้มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดโดยตรงกับผู้ป่วย โดยผู้ดูแลในครอบครัวทั้งสองกลุ่มได้ทุ่มเทและเต็มใจรับบทบาทของผู้ดูแลอย่างไม่มีเงื่อนไข ถึงแม้ไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นจำนวนเงิน นอกจากความเหนื่อยล้าที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแล้ว ยังคงต้องเผชิญกับอาการกำเริบทางจิตซึ่งเปลี่ยนแปลงโดยที่ผู้ป่วยเองก็ไม่สามารถที่จะควบคุมได้ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดความวิตกกังวลและให้การดูแลภายใต้สถานการณ์การกดดัน (สุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2558) และ ยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงหรือไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (ภัทรา ธีรลาภ, 2530) และผู้ดูแลบางคนยังมีการะนาด้านอื่นๆ เช่น งาน การเงิน (ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์, 2534) รวมทั้งครอบครัวของตนเองที่ต้องดูแลรับผิดชอบ จึงทำให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่นี้ได้ (พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ, 2530) นำมาซึ่งความทุกข์ของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังเช่นการศึกษาของนัทธมนต์ ฉิมสุข (2555) พบว่า 1) ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจเนื่องจากผู้ดูแลที่มีความผูกพันทางสายเลือดหรือความผูกพันทางใจอย่างมากต่อผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา ภรรยา สามี พี่น้อง บุตร จะรับรู้ต่อภาระและผลกระทบที่เกิดจากการดูแลมากกว่าผู้ดูแลอื่นๆ อันเนื่องมาจากความรักความผูกพันและมีความจริงจัง ห่วงใยกับการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะกดดันด้านจิตใจของบุคคลในครอบครัวมาก 2) ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล และ Lohacheewa et al. (2016) พบว่าการประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียดมีอิทธิพล โดยตรงต่อภาวะกดดันทางจิตใจของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การประเมินสถานการณ์ทั้งทางด้านบวกและด้านลบเป็นตัวกลางที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการทางจิต การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมกับภาวะกดดันด้านจิตใจ และการเผชิญความเครียดเป็นตัวกลางที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมการประเมินสถานการณ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้าน

จิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอีกหลายประเทศพบดังเช่นการศึกษาของ Mitsonis et al. (2012) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มอาการทางบวกทางลบและเพศ เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาของ Ong et al. (2016) พบว่าภาวะกดดันด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางอารมณ์และการระบายความเครียด อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมองปัญหาในแง่บวก ซึ่งข้อค้นพบจากการศึกษาข้างต้นและการศึกษาเรื่องอื่นๆ แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (นัทธมนต์ ฉิมสุข, 2555; Mitsonis et al., 2012; Chen et al., 2016; Ong et al., 2016)

ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่อง จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นกลไกสำคัญ การให้การดูแลผู้ป่วยให้สามารถอยู่ในชุมชน ในครอบครัวได้ยาวนานไม่ต้องกลับมาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจำเป็นต้องเป็นนโยบายที่สำคัญของประเทศ (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจน้อย จะทำให้ผู้ดูแลจะมีสุขภาพจิตดี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนนานขึ้นและลดโอกาสเกิดการเจ็บป่วยซ้ำทางจิต (ปรีชา ศตวรรษธำรง และประยุทธ์ เสรีเสถียร, 2543) จากการทบทวนวรรณกรรมสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่งานนี้ต้องการจัดกระทำ ได้แก่ การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจหารูปแบบการบำบัดโดยการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดที่สามารถนำมาจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อลดและบรรเทาภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและป้องกันความผิดปกติจิตที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต (Lohacheewaet al., 2016; Ong et al., 2016)

ในประเทศไทยมีงานวิจัยที่มุ่งให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในหลากหลายรูปแบบ เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (ธัญชนก เต่าทอง, 2554) การส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เดือนแรม ยศปัญญา, 2555) การให้คำปรึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สมกมล อรรถทิมากุล, 2556) การเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (มัลลิกา จันทรเพ็ญ, 2557) และผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (จิระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2551) เป็นต้น เหล่านี้เป็นงานวิจัยที่มุ่งให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในประเด็นอื่น เช่นการเพิ่มความสามารถในการดูแล คุณภาพชีวิตและทักษะการดูแล ซึ่งยังไม่พบรูปแบบการบำบัดที่ช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างชัดเจน จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจ

พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) เพื่อช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องต่างๆโดยให้ผู้ดูแลมีรูปแบบการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้อง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรครอย่างเหมาะสม อีกทั้งรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมและมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างถูกต้อง

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่าความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะต้องเผชิญกับความกดดันจากสถานการณ์ภายนอกซึ่งมีมากกว่าความสามารถที่ตนจะสามารถรับมือได้ และเมื่อมีการรับรู้ความเครียดบุคคลจะพยายามจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่อย่างเต็มที่ โดยการแสดงออกทางอารมณ์หรือพฤติกรรม ทั้งนี้วิธีการเผชิญความเครียด (Coping) ตามแนวคิดนี้ต้องผ่านกระบวนการรู้คิด (Cognitive appraisal) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือการประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของบุคคล โดยหากประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่มีความสำคัญต่อตนเอง (Irrelevant) หรือเป็นสถานการณ์ที่มีผลดีต่อตนเอง เช่นทำให้มีกำลังใจหรือมีความสุขในชีวิต (Benign positive) บุคคลก็มักตัดสินใจว่าไม่ต้องจัดการใดๆ กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่หากประเมินว่าสถานการณ์นั้นอาจก่อให้เกิดอันตราย เกิดความเสียหาย หรืออาจเป็นอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Harm) แสดงว่าบุคคลได้ตีค่าสถานการณ์นั้นว่าเป็นภาวะที่เครียดต่อตนเอง (Stressful) ทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นทันที ซึ่งหากผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ความเครียดให้เป็นแบบทำลาย โดยคาดการณ์ว่าสามารถแก้ไขหรือควบคุมได้ จะทำให้ผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นที่จะเอาชนะสถานการณ์ที่จะเกิดตามมาได้และมีขวัญกำลังใจดีขึ้น

ซึ่งในขั้นการประเมินขั้นปฐมภูมินี้จะสามารถจัดการกระทำกับปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ ได้แก่การเผชิญความเครียด โดยให้ผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ความเครียดให้เป็นแบบทำลายเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาวะกดดันด้านจิตใจ การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ (Coping resource) และจัดการกับสถานการณ์เครียดที่ตนรับรู้ (Coping responses) โดยใช้วิธีใดๆ ก็ตามที่ทำให้เกิดความสำเร็จตามที่ตนเองต้องการหรืออาจเป็นการประเมินต่อเนื่องมาจากขั้นปฐมภูมิก็ได้ว่าจะทำอย่างไรกับสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อบุคคลนั้น สำหรับการประเมินขั้นทุติยภูมินี้ผู้ดูแลจะได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดพร้อมทั้งฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ รวมถึงได้รับความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ในชุมชน ซึ่งในขั้นการประเมินทุติยภูมินี้จะสามารถจัดการกระทำกับปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ ได้แก่การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งหาก

ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรครอย่างเหมาะสม มีทักษะการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้อง มีการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การประเมินใหม่ (Reappraisal) เป็นวิธีที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมา แล้วบุคคลจะประเมินอีกครั้งว่าสถานการณ์ที่เข้ามากระทบนั้นยังมีความเครียดอยู่หรือไม่ และจะเลือกวิธีการเผชิญความเครียดแบบใดจึงจะเหมาะสมและสามารถกำจัดความเครียดได้ สำหรับการประเมินใหม่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่โดยการประเมินซ้ำอีกครั้งว่าไม่มีอันตรายในเรื่องนั้นแล้วและมีการตัดสินใจที่ดีขึ้นในการเผชิญครั้งต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผล

จากปัญหาที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก (นัทรมนต์ ฉิมสุข, 2555; Chen et al., 2016) ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตตามมาได้ อีกทั้งยังจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลโดยตรง เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตกำเริบและมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยซ้ำได้ (สุนันทา นวลเจริญ, 2553; Fortinsky et al., 2002) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุดคือการเผชิญความเครียด (Lohacheewa et al., 2016; Ong et al., 2016) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Mitsonis et al., 2012) การการสนับสนุนทางสังคม (Yusuf & Nuhu, 2011) และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (นัทรมนต์ ฉิมสุข, 2555) ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงมุ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญความเครียดที่ถูกต้องเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหากผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมจะช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (Lohacheewa et al., 2016; Ong et al., 2016) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) โดยมุ่งเน้นการประเมินสถานการณ์ผ่านกระบวนการรู้คิด (Cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) 2) การประเมินขั้น

ทุติยภูมิ (Secondary appraisal) และ3) การประเมินใหม่ (Reappraisal) ร่วมกับการประยุกต์เนื้อหาจากโปรแกรมที่มีลลิกา จันทรเพ็ญ (2557) พัฒนาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 7 ครั้ง ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องความเครียด การประเมินความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การค้นหาแหล่งประโยชน์รวมทั้งให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด และการประเมินซ้ำ สำหรับโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) เพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ประกอบด้วยการทำกิจกรรมกลุ่มซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน รวมทั้งหมด 7 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 - 2 กิจกรรม นาน 4 สัปดาห์ โดยมุ่งจัดกระทำ 4 ปัจจัยคือ 1) การเผชิญความเครียด 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การสนับสนุนทางสังคม และ 4) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยได้ตัดกิจกรรมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพออกเนื่องจากจากการทบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่าไม่มีผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจ สำหรับในกิจกรรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อผู้วิจัยได้เพิ่มกิจกรรมการเกร็งกล้ามเนื้อเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ฝึกและสามารถเรียนรู้เพื่อจดจำความรู้สึกผ่อนคลายได้อย่างแท้จริงมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2549) และผู้วิจัยได้เพิ่มกิจกรรมแหล่งสนับสนุนทางสังคมเนื่องจากหากผู้ดูแลรับรู้และเห็นความสำคัญถึงแหล่งประโยชน์ชุมชน จะช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการรับรู้ถึงการช่วยเหลือจากสังคมและบุคคลอื่นๆ (Yusuf & Nuhu, 2011) จากโปรแกรมข้างต้นจะช่วยให้ผู้ดูแลได้มีการฝึกทักษะในการเผชิญความเครียดร่วมกันและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ ความรุนแรงของโรคจิตเภท รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยจำแนกเป็นการดำเนินการผ่านกระบวนการรู้คิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของบุคคล โดยหากประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่มีความสำคัญต่อตนเอง (Irrelevant) หรือเป็นสถานการณ์ที่มีผลดีต่อตนเอง เช่น ทำให้มีกำลังใจหรือมีความสุขในชีวิต (Benign positive) บุคคลก็มักตัดสินใจว่าไม่ต้องจัดการใดๆ กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่หากประเมินว่าสถานการณ์นั้นอาจก่อให้เกิดอันตราย เกิดความเสียหาย หรืออาจเป็นอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Harm) แสดงว่าบุคคลได้ตีค่าสถานการณ์นั้นว่าเป็นภาวะที่เครียดต่อตนเอง (Stressful) ทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นทันที ซึ่งหากผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ความเครียดให้เป็นแบบท้าทาย (Challenge) โดยคาดการณ์ว่าสามารถแก้ไขหรือ

ควบคุมได้ จะทำให้ผู้ดูแลสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดได้อย่างตรงจุดและเลือกใช้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสมซึ่งจะนำมาใช้ปรับตัวได้ในที่สุด ซึ่งในขั้นการประเมินขั้นปฐมภูมินี้จะสามารถจัดกระทำกับปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจได้แก่ การเผชิญความเครียด โดยให้ผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ความเครียดให้เป็นแบบท่ายาย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาวะกดดันด้านจิตใจ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือก (Coping resources) ที่ตนเองสามารถกระทำได้ และจัดการกับสถานการณ์ความเครียด (Coping response) ที่ตนรับรู้ โดยใช้วิธีใดๆก็ตามที่ทำให้เกิดความสำเร็จตามที่ตนเองต้องการหรืออาจเป็นการประเมินต่อเนื่องมาจากขั้นปฐมภูมิก็ได้ว่าจะทำอย่างไรกับสถานการณ์ที่เป็นอันตราย เพื่อกำจัดสิ่งที่เป็นอันตรายจากการรับรู้ของตนและประเมินสถานการณ์ใหม่ว่าการประเมินขั้นแรกถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ รวมทั้งประเมินพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดในการประเมินขั้นแรกว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ สำหรับการประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) นี้ผู้ดูแลจะได้รับความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ของบุคคลในการเผชิญความเครียด (Coping resources) เช่น เรื่องโรคจิตเภท ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดพร้อมทั้งฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ รวมถึงได้รับความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ในชุมชน ซึ่งในขั้นการประเมินทุติยภูมินี้จะสามารถจัดกระทำกับปัจจัยสาเหตุ (Stressor) ที่ทำให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ ได้แก่ การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งหากผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอย่างเหมาะสม มีการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมมาก มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และมีทักษะการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (Adaptational outcomes) จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทำให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจน้อยลง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินใหม่ (Reappraisal) เป็นวิธีที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่ และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วบุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำอีกครั้ง เพื่อพิจารณาว่ายังมีความเครียดอยู่หรือไม่ และจะเลือกวิธีการเผชิญความเครียดแบบใดจึงจะเหมาะสมและสามารถกำจัดความเครียดได้ สำหรับการประเมินใหม่ ผู้ดูแลจะได้รับการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่โดยการประเมินซ้ำอีกครั้งว่าไม่มีอันตรายในเรื่องนั้นแล้วและมีการตัดสินใจที่ดีขึ้นในการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดครั้งต่อไป ดำเนินการกลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการเผชิญความเครียดร่วมกันและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภทร่วมกันใช้

เวลาดำเนินการ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 1 - 2 กิจกรรม รวมทั้งหมด 7 กิจกรรม นาน 60 - 90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์การดูแล (Primary appraisal) เป็นการดำเนินการครั้งที่ 1 และ 2 ในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องให้ความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์ โดยใช้กระบวนการรู้คิด ในกิจกรรมประกอบด้วยการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ระยะเวลา และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม และให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินทางความคิด (Cognitive appraisal) 3 ขั้นตอนตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ได้แก่ การประเมินขั้นปฐมภูมิ การประเมินขั้นทุติยภูมิและการประเมินใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงกระบวนการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด ในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งในการสร้างสัมพันธภาพจะทำให้ผู้ดูแลมีอาการซึมเศร้าลดลงจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 2 ประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์การดูแล ในกิจกรรมประกอบด้วยการทบทวนความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด (Cognitive appraisal) พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องความเครียดและการประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้ความรู้และประสบการณ์จากการดูแลว่าเป็นมีผลต่อตนเองหรือไม่ พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการประเมินสถานการณ์ความเครียดแบบทำท่าย โดยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงข้อดีและข้อเสียของการประเมินสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกอารมณ์ทางบวก เช่นความหวัง ความเชื่อมั่น ความตื่นตันที่จะเรียนรู้และมุ่งหวังที่จะเอาชนะสถานการณ์ที่จะเกิดตามมาได้ จุดประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์ความเครียดที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งหากผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ความเครียดทางบวกและการประเมินสถานการณ์ความเครียดแบบทำท่าย เช่นสามารถประเมินได้ว่าทุกเหตุการณ์สามารถแก้ไขได้หรือรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ จะช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (Lohacheewa et al., 2016)

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) เป็นการดำเนินการครั้งที่ 3 - 6 ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ใช้ระยะเวลา 60 - 90 นาที ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกิจกรรมประกอบด้วยสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ ความรุนแรงของโรคและฝึกทักษะเรื่องอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการแสดง ความรุนแรงของโรค แนวทางการรักษาของโรคจิตเภท และมีความรู้ในเรื่องอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา ซึ่งหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มเติมและถูกต้องซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลในการเผชิญความเครียด (Coping resources) ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ความรุนแรงของโรคจิตเภทอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับลักษณะอาการของโรค จะทำให้ลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Mitsonis et al., 2012) และหากผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวลจากการดูแลและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นัทธมนต์ ฉิมสุข, 2555)

กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้ในเรื่องการเผชิญความเครียดและการแก้ไขปัญหาและฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา พร้อมทั้งฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ในเรื่องการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ และเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะการเผชิญความเครียดโดยใช้แนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการที่ผู้ดูแลที่มีการเผชิญความเครียดมุ่งแก้ปัญหาต่ำจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูง (Lohacheewa et al., 2016) หากผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและช่วยบรรเทาภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 5 ให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์และฝึกทักษะฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ในกิจกรรมประกอบด้วยให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ โดยการผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคการฝึกการหายใจและฝึกการเกร็งและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียดและทราบแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งหากผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและช่วยบรรเทาภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Ong et al., 2016)

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาการรับรู้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ในกิจกรรมประกอบด้วยให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนและชี้ให้เห็นถึงความสำคัญกับการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่มีอยู่ (Coping resource) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่อยู่ใน

ชุมชนของตนเอง และให้ผู้ดูแลได้มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงประเภทของแหล่งประโยชน์ และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งหากผู้ดูแลรับรู้และเห็นความสำคัญถึงแหล่งประโยชน์ชุมชน จะช่วยลดความวิตกกังวลและซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการรับรู้ถึงการช่วยเหลือจากสังคมและบุคคลอื่นๆ (Yusuf & Nuhu, 2011)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินใหม่ (Reappraisal) เป็นการดำเนินการครั้งที่ 7 ในสัปดาห์ที่ 4 ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 7 การประเมินใหม่ ในกิจกรรมประกอบการสรุปกิจกรรมและทักษะที่ได้รับจากกิจกรรมที่ 2 - 6 ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด และทักษะการเผชิญความเครียด รวมทั้งแหล่งประโยชน์ในชุมชน วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลซ้ำอีกครั้ง เพื่อพิจารณาว่ายังมีความเครียดอยู่หรือไม่ และจะเลือกวิธีการเผชิญความเครียดแบบใดจึงจะเหมาะสมและสามารถกำจัดความเครียดได้ โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ทบทวนความรู้ที่ได้รับในทุกกิจกรรม และนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินสถานการณ์เดิมอีกครั้ง แล้วพิจารณาถึงผลดีและผลเสียที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง และมีการตัดสินใจที่ดีขึ้นในการเผชิญความเครียดในครั้งต่อไป

สรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) โดยการดำเนินการผ่านกระบวนการรู้คิด (Cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน จากกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ลดความเครียด ความวิตกกังวลและซึมเศร้าจากภาวะกดดันด้านจิตใจอันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และมีทักษะในการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยารักษาอาการจิต มีทักษะเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ รวมทั้งหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group design) (Burns & Grove, 2005) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ประชากร คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

ตัวแปรตาม คือ ภาวะกดดันด้านจิตใจ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะกดดันด้านจิตใจ หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่เป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งอาการซึมเศร้าได้แก่ รู้สึกหดหู่ เศร้า รู้สึกสิ้นหวัง เป็นต้น และวิตกกังวลได้แก่ รู้สึกกังวลใจ รู้สึกกระสับกระส่ายหรือหงุดหงิด เป็นต้น (Kessler & Mroczek, 1994)

สามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ The Kessler Psychological Distress Scales (K10) ที่สร้างขึ้นโดย Kessler et al.(2002) เครื่องมือนี้ผู้วิจัยพัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจากสถาบันภาษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยตรงขณะอยู่ที่บ้าน ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร เป็นต้น หรือมีความผูกพันทางกฎหมาย เช่น สามี ภรรยา โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆจากการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) F 20.0 – 20.9 ซึ่งมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับ

เป็นจริง มีความเสื่อมและบกพร่องด้านต่างๆทั้งบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ทางสังคมที่มารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก

โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress, appraisal, and coping model) ของ Lazarus & Folkman (1984) ผ่านกระบวนการรู้คิด (Cognitive appraisal) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่การประเมินขั้นปฐมภูมิ ขั้นทุติยภูมิและการประเมินใหม่ ดำเนินการเป็นรายกลุ่มทั้งหมด 7 กิจกรรม นานครั้งละ 60 - 90 นาที โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์การดูแล (Primary appraisal) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของผู้วิจัย ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

1.1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด หมายถึง กิจกรรมที่เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ระยะเวลา และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งให้ความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด (Cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน คือ การประเมินขั้นปฐมภูมิ การประเมินขั้นทุติยภูมิและการประเมินใหม่

1.2 การประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์การดูแล หมายถึง กิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ทบทวนความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด และมีความรู้เรื่องการประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยใช้ความรู้และประสบการณ์จากการดูแลว่าเป็นมีผลต่อตนเองหรือไม่ พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านระหว่างสมาชิกในกลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการประเมินสถานการณ์ความเครียดแบบทำท่าย โดยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงข้อดีและข้อเสียของการประเมินสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกอารมณ์ทางบวก เช่นความหวัง ความเชื่อมั่น ความตื่นตันที่จะเรียนรู้และมุ่งหวังที่จะเอาชนะสถานการณ์ที่จะเกิดตามมา

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของผู้วิจัย ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

2.1 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ ความรุนแรงของโรคและฝึกทักษะเรื่องอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้น

2.2 การให้ความรู้ในเรื่องการเผชิญความเครียดและการแก้ไขปัญหาและฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา หมายถึง กิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องความเครียดรูปแบบการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ข้อดีและข้อเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา รวมทั้งฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาและเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน

2.3 การให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์และการฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หมายถึง กิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ข้อดีและข้อเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียดในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยการฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อผ่อนคลายความเครียด

2.4 พัฒนาการรับรู้แหล่งประโยชน์ในชุมชนและให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ในชุมชน หมายถึง กิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญกับการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่มีอยู่ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่อยู่ในชุมชนของตนเองและให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินใหม่ (Reappraisal) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันสรุปกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม และประเมินสถานการณ์ความเครียดใหม่ หมายถึง กิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับ การฝึกในกิจกรรมที่ 2 - 6 และให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันประเมินอีกครั้งว่าสถานการณ์ที่เป็นปัญหามากจากการดูแลซ้ำอีกครั้ง เพื่อพิจารณาว่ายังมีความเครียดอยู่หรือไม่ และจะเลือกวิธีการเผชิญความเครียดแบบใดจึงจะเหมาะสมและสามารถกำจัดความเครียดได้

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา ปฏิบัติต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มาใช้บริการ ประกอบด้วย การให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย การไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และการให้คำแนะนำเรื่องปัญหาต่างๆที่พบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการจัดรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกตัญญูด้านจิตใจลดลงจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายใต้การใช้องค์ความรู้และข้อมูลเชิงประจักษ์
2. โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด สามารถเป็นแนวทางสำหรับการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะกตัญญูด้านจิตใจและประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆต่อไป



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
- 1.3 ลักษณะอาการและการวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.4 การดำเนินโรค
- 1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 สถานการณ์การดูแลโดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.5 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกดดันด้านจิตใจ
- 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจ
- 3.3 การประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ
- 3.4 ผลกระทบจากภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 3.5 การบำบัดเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 3.6 การฝึกผ่อนคลายความเครียดเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจ

4. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด

- 4.1 ความหมายของความเครียดและการเผชิญความเครียด
- 4.2 แนวคิดในการเผชิญความเครียด

4.3 การประเมินการเผชิญความเครียด

5. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

World Health Organization (1992) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ การรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาว์ปัญญายังคงอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดและพฤติกรรมเป็นอาการเด่น มักพบผู้ป่วยมีอาการหลงผิดหวาดระแวง ซึ่งอาจเกิดร่วมกับอาการประสาทหลอนหรือไม่ก็ได้

พิเชษฐ อุตรมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์ (2552) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม มีระยะเวลาการป่วยนานเกิน 6 เดือน ไม่มีอาการทางด้านอารมณ์เด่นชัด

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภทคือโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลของการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม

สมภพ เรืองตระกูล (2557) ให้ความหมายไว้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม แต่จะมีความผิดปกติของความคิดและพฤติกรรมเป็นอาการเด่น โดยไม่มีอาการทางด้านอารมณ์เด่นชัด ผู้ป่วยมักจะมีอาการหลงผิด หวาดระแวง ซึ่งอาจเกิดร่วมกับอาการประสาทหลอนหรือไม่ก็ได้ โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนใดและระยะเวลาการป่วย 6 เดือนขึ้นไป

1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นมักจะมีองค์ประกอบหลายอย่างร่วมกันในการทำให้เกิดอาการของโรค ปัจจัยที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท มีดังนี้

1.2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors) ส่วนใหญ่พบว่าโรคจิตเภทมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในกลุ่มที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ

10 - 16 ในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสที่จะเป็นโรคจิตเภทถึงร้อยละ 35 - 58 (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.2.2 ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors) มีการสันนิษฐานว่าโรคจิตเภทมีความบกพร่องของ dopamine ในบริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางด้านลบ ร่วมกับมี dopamine dysregulation ที่ striatum โดยเกิดความผิดปกติของการปล่อย dopamine ทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนี้ยังพบว่า serotonin ที่มีมากเกินไปทำให้เกิดโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553) ส่วนการศึกษาด้านกายวิภาคศาสตร์ของสมองผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยการ CT scan พบว่ามีการขยายของ ventricles ทำให้มวลของสมองมีปริมาณน้อยลง และมีความผิดปกติของ limbic system ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ สมาธิ การแสดงออกของอารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือสังคม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

1.2.3 ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (High expressed-emotion) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ ท่าที่ไม่เป็นมิตร หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป และผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่เรื่อยๆทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม หรือสังคมที่บีบคั้นทำให้คนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.3 ลักษณะอาการและการวินิจฉัยโรคจิตเภท

1.3.1 ลักษณะอาการทางคลินิกและอาการของโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบรุนแรง หรือเฉียบพลัน อาจมีอาการนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ ซึ่งมีการแสดงออกทางพฤติกรรม การรับรู้ อารมณ์ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป อาการที่สำคัญของโรคแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) คือ

1.3.1.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) กลุ่มอาการทางบวกส่วนใหญ่จะแสดงออกมาให้เห็นชัดเจนกว่ากลุ่มอาการทางลบ และสามารถเกิดขึ้นช่วงใดช่วงหนึ่งของโรคก็ได้ ซึ่งอาการทางบวกนี้เป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต กลุ่มอาการทางบวกมีดังต่อไปนี้

- 1) อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ หลงผิดคิดไปเองว่ามีคนคอยปองร้ายและหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน
- 2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยคือหูแว่ว (Auditory hallucination) ซึ่งพบในผู้ป่วยร้อยละ 75 เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเสียงหรือคำพูดบางคนอาจรับฟังเฉยๆ หรือพูดจาโต้ตอบด้วย
- 3) อาการผิดปกติของคำพูด ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความคิดขาดการเชื่อมโยง

เหตุผล ทำให้ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ บางครั้งคำพูดไม่ต่อเนื่อง (Loose association) หรือผู้ป่วยพูดฟังไม่รู้เรื่องเลย (Incoherence)

4) ความผิดปกติด้านพฤติกรรมเช่นมีพฤติกรรมเหมือนเด็ก พลุกพล่าน กระวนกระวาย อาจไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก หรือในลักษณะแปลกประหลาด มีพฤติกรรมทางไม่เหมาะสม ส่งเสียงร้องตะโกน

1.3.2.1 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) กลุ่มอาการทางลบเป็นการลดหน้าที่ปกติ เช่น การลดลงของพลังงานและแรงจูงใจและการลดลงของการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งอาการทางลบจะพบได้บ่อยและคงอยู่ กลุ่มอาการทางลบมีดังต่อไปนี้

1) อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) ขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ สีหน้าเรียบเฉย ไม่มีการสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง

2) พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia)

3) ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (Avolition) ไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

สรุปได้ว่า อาการของโรคจิตเภทประกอบด้วยกลุ่มอาการทางบวกและกลุ่มอาการทางลบ กลุ่มอาการทางบวก ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน คำพูดไม่ต่อเนื่อง เป็นต้น และกลุ่มอาการทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด แยกตัว เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยแสดงออกทางพฤติกรรม การรับรู้ อารมณ์ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป

การวินิจฉัยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยต้องมีอาการติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนและในช่วงเวลาดังกล่าวต้องมีอาการในระยะที่โรคกำลังเป็นมาก (Active phase) อย่างน้อย 1 เดือน หลักการวินิจฉัยโรคมีดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

ก. ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง โดยมีอาการเป็นเวลานาน 1 เดือน (ระยะเวลาอาจน้อยกว่า 1 เดือน ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษา)

1. อาการหลงผิด
2. อาการประสาทหลอน
3. มีความผิดปกติของรูปแบบคำพูด เช่น คำพูดไม่ต่อเนื่องกัน
4. มีพฤติกรรมวุ่นวาย
5. มีอาการทางลบ

ข. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตนเอง

ค. ผู้ป่วยมีอาการติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน (รวมเกณฑ์การวินิจฉัยในข้อ ก และอาการนำ)

ง. ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

จ. อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติดหรือโรคทางกาย

1.4 การดำเนินโรค

ผู้ที่เป็โรคจิตเภทอาจเกิดอาการแบบเฉียบพลันหรือค่อยๆเกิด แบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 4 ระยะ คือ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิชัย, 2558) ดังนี้

1.4.1 ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางสังคม การเคลื่อนไหวหรือด้าน cognitive ในระดับเล็กๆ น้อยๆ ไม่ชัดเจน อาจพบลักษณะทางร่างกายต่างไป จากปกติ โดยเฉพาะส่วนของมือ เช่น ลักษณะของมือ นิ้วมือ หรือลายมือ

1.4.2 ระยะอาการนำ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยช่วงแรกอาจมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตามมาด้วยอาการทางลบ โดยจะค่อยๆ แยกตัว ไม่เข้าสังคมเหมือนเคย มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ การเรียนหรือทำงาน ญาติสังเกตว่าเกียจคร้าน เก็บตัว สนใจตนเองน้อยลงละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือ การแต่งกาย ขณะเดียวกันจะเริ่มมีอาการด้านบวกแบบน้อยๆ เช่น มีความสนใจหรือมีความเชื่อด้าน โศคลงและไสยศาสตร์มีการใช้สำนวนแปลกๆ พฤติกรรมหวาดระแวง การแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสม สมาธิลดลง ระยะนี้อาจนานเป็นสัปดาห์จนถึงเป็นปี โดยทั่วไปจะอยู่ระหว่าง 2 - 5 ปี ก่อน อาการกำเริบ

1.4.3 ระยะโรคกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การ วินิจฉัยส่วนใหญ่อาการกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญความกดดันทางจิตใจที่พบได้ตามช่วงวัย ในเพศชาย คือ ช่วงอายุ 20 ต้นๆ ไปจนถึงกลางๆ ส่วนเพศหญิงจะเริ่มในช่วงอายุปลายๆ ในการป่วยครั้งแรก ซึ่งเกิด จากความกดดันที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเปราะบางอยู่ระดับหนึ่งอยู่แล้วไม่สามารถปรับตัวได้ต่อไปอีก จึงแสดงอาการต่างๆของโรคออกมา โดยอาการที่พบบ่อยในระยะนี้ คือ อาการทางบวก ได้แก่ ความคิดหลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติของพฤติกรรมและอารมณ์ ส่วนใหญ่อาการเป็นแบบ ค่อยเป็นค่อยไป หลังรักษาอยู่นาน 6 เดือน อาการจึงเริ่มทุเลาลง โดยอาการทางบวกและอาการทาง ลบจะเริ่มทุเลาลง ผู้ป่วยบางคนอาจไม่พบอาการผิดปกติเลย ช่วงที่อาการดีขึ้นผู้ป่วยส่วนใหญ่มักหยุด ยาเอง ไม่นานก็จะมีอาการกำเริบ อาการกำเริบในครั้งหลังๆ อาจตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีเหมือน ครั้งแรก มักมีอาการหลงเหลืออยู่ การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า มีอาการกำเริบถึงร้อยละ 80

1.4.4 ระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ (Chronic/Residual phase) อาการ คล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ ส่วนใหญ่อาการจะเริ่มคงที่ทั้งในแง่ของระดับอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วยในระยะยาว แล้วอาการทางจิตจะค่อยๆ ลดลงตามอายุที่มากขึ้น

ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราวและพบอาการทางบวกอยู่บ้าง ในขณะที่อาการทางลบและอาการด้าน cognitive จะยังอยู่ในระดับคงที่ตลอดการเจ็บป่วย

จะเห็นได้ว่าการดำเนินโรคของโรคจิตเภทจะแบ่งออกเป็น 4 ระยะได้แก่ ระยะก่อนป่วย ระยะอาการนำ ระยะโรคกำเริบ และระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละรายอาจเกิดอาการแบบเฉียบพลันหรือค่อยเป็นค่อยไป

1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท

มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2558) เสนอแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทไว้ ดังนี้

1.5.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น มีปัญหาที่ต้องดูแลใกล้ชิดและมีปัญหาในการวินิจฉัย ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3 - 6 สัปดาห์

1.5.2 การรักษาด้วยยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะควบคุมอาการ (Acute phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว อาการวุ่นวายหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกเป็นผลมาจากยา ส่วนการรักษาอาการโรคจิตนั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

2. ระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้อาการกำเริบซ้ำ และควรให้ขนาดเดิม

3. ระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ หากผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี การควบคุมด้วยยาจึงสำคัญ

1.5.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT) จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic รุนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยที่มี Severe depression ร่วมด้วย โดยต้องทำร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต

1.5.4 การรักษาจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไข รวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้ หดท้อใจ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกด้าน ประกอบด้วย

1. จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีการบำบัดแบบประคับประคอง ผู้รักษาตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ ช่วยให้หาวิธีแก้ปัญหาในแบบที่ทำ

ได้ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการ ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดัน ดำเนินการทั้งรายบุคคล เป็นกลุ่ม หรือครอบครัวตามความเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545)

2. การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงอารมณ์ เพื่อให้การทำหน้าที่ในครอบครัวดีขึ้น

3. กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4. นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆเท่าที่ทำได้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง เกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

จะเห็นได้ว่าการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีหลายวิธี ซึ่งขึ้นกับอาการของผู้ป่วยหลักและดุลยพินิจของแพทย์ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดเป็นสำคัญ ซึ่งในการบำบัดรักษาผู้ป่วยสามารถแบ่งการรักษาที่สำคัญได้ดังนี้ 1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น 2. การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการให้สงบและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 3. การรักษาด้วยไฟฟ้า ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ 4. การรักษาทางจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) เสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ดังนี้

1.6.1 การประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษา การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1. การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอเพียงพอ พยาบาลใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย

2. การประเมินทางด้านความคิด ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับใด มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และระมัดระวังพิเศษเพียงใด

3. การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นตอนใด มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

4. พฤติกรรมของผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

5. ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมักจะแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจก่อน อย่าเร่งรีบเพื่อหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจและทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.6.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งด้านสภาพร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและสัมพันธภาพ ลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาล ในผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

1. ร่างกายสกปรก ไม่สนใจดูแลสุขอนามัยของตน
2. ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากปฏิเสธอาหารและระแวงว่ามียาพิษในอาหาร
3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการหนีจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน
4. พฤติกรรมถดถอยเนื่องจากการรับรู้เสียไป
5. แยกตัว เนื่องจากไม่มั่นใจการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
6. ไม่สามารถสื่อสารได้ดีเนื่องจากการรับรู้บกพร่อง
7. สับสนวุ่นวายจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

1.6.3 การวางแผนการพยาบาล การวางแผนพยาบาลระยะสั้นและระยะยาวเน้นหลักการดังนี้

1.6.3.1 การวางแผนพยาบาลระยะสั้น

1. การดูแลความปลอดภัยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยโดยเฉพาะการระวังอุบัติเหตุที่เกิดจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

2. การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม ได้รับการพักผ่อนนอนหลับและสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

3. การดูแลด้านการบำบัดด้านชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

4. ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า กำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและภาวะสับสนมีนงง

5. การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจและสนับสนุนผู้ป่วย ให้เรียนรู้ประโยชน์และมีทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

6. พัฒนาการปรับตัว การมองตนและมองโลกในแง่ดี

1.6.3.2 การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาวและต่อเนื่องโดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วย

1. การดูแลตนเองด้านสุขภาพและการบำบัดอย่างต่อเนื่องโดยเน้นการรับประทานยา การใช้ยาอย่างถูกต้อง การมีกิจกรรมต่างๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล

2. การกำหนดแผนการดำเนินชีวิตในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม

3. การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน และหน่วยงานใกล้เคียง

1.6.3.3 กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล ทุกแผนการพยาบาลควรระบุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นและสามารถเป็นไปได้โดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1.6.4 การปฏิบัติการพยาบาล พิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิคการพยาบาล ดังนี้

1. เสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ
2. ลดความวิตกกังวลด้วยการยอมรับและส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
3. รักษาสมดุลด้านชีววิทยา
4. ใช้ความคงเส้นคงวาและชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร
5. ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
6. นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม
7. ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้อื่นในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการ

รุนแรง

1.6.5 การประเมินผล พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมินที่ควรพิจารณา มีดังนี้

1. ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยาและด้านชีวภาพ
3. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดีขึ้น
4. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น
5. ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น
6. ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น
7. ผู้ป่วยสามารถกลับทำงานได้ตามปกติ

สรุปได้ว่าในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท จะต้องอาศัยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนเพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบ่งออกเป็น 1. การประเมินสภาพปัญหาได้แก่ การค้นหาปัญหา 2. การวินิจฉัยการพยาบาล 3. การวางแผนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วยวางแผนพยาบาลทั้งระยะสั้นและระยะยาว 4. การปฏิบัติการพยาบาล และ 5. การประเมินผล เป็นต้น เพื่อช่วยให้การพยาบาลมีขั้นตอนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 สถานการณ์การดูแลโดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย

สังคมไทยเป็นสังคมแห่งพุทธศาสนา ความเชื่อทางศาสนาจึงมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เช่น การให้การดูแลผู้ป่วยเนื่องจากมีความเชื่อว่าตนเองเคยทำเวรทำกรรมร่วมกับผู้ป่วยในชาติที่แล้วจึงมีเหตุให้ต้องมาชดใช้กรรมในชาตินี้เป็นการทดแทน หรือการที่บุตรทดแทนบุญคุณโดยการดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยเนื่องจากคุณธรรมความกตัญญูที่บุตรพึงทดแทนคุณแก่บิดามารดา หรือแม้แต่การที่ผู้ดูแลให้การดูแลด้วยความสงสารที่ผู้ป่วยต้องมาเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตที่บุคคลอื่น ๆ ระวังเกี่ยว ไม่อยากยอมรับเป็นญาติหรือดูแล เป็นต้น หลากหลายเหตุผลและแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนานอย่างต่อเนื่องไปไม่มีสิ้นสุดและกระทำอย่างนี้ต่อเนื่องไปจนกว่าผู้ดูแลหรือผู้ป่วยจะตายจากกัน โดยไม่มีค่าตอบแทนเป็นเงินค่าจ้างหรือสิ่งใดๆ (สุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2558)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวพันโดยตรงทางสายเลือดกับผู้ป่วย เช่น เป็นบิดา มารดา พี่น้อง และลูก ซึ่งการกระทำดังกล่าว ในสังคมไทยถือว่า

เป็นหน้าที่โดยตรงของกลุ่มบุคคลนี้ อย่างไรก็ตามยังพบว่า มีบ้างที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจะเป็นกลุ่มของผู้เป็นลูกเขยลูกสะใภ้และหรือสามีภรรยาซึ่งไม่ได้มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดโดยตรงกับผู้ป่วย โดยผู้ดูแลในครอบครัวทั้งสองกลุ่มได้ทุ่มเทและเต็มใจรับบทบาทของผู้ดูแลอย่างไม่มีเงื่อนไข ถึงแม้ไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นจำนวนเงิน นอกจากความเหนื่อยล้าที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแล้ว ยังคงต้องเผชิญกับอาการกำเริบทางจิตซึ่งเปลี่ยนแปลงโดยที่ผู้ป่วยเองก็ไม่สามารถที่จะควบคุมได้ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดความวิตกกังวลและให้การดูแลภายใต้สถานการณ์การกดดัน โดยส่วนใหญ่มุ่งหวังเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงการเกิดอาการกำเริบทางจิตที่ไม่สามารถคาดเดาและควบคุมได้ ซึ่งกระบวนการดูแลที่เกิดขึ้นต่างๆ เหล่านี้มักเกิดขึ้นสลับไปมาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ประสบการณ์การเรียนรู้โดยตรงที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยมาตลอดระยะเวลาอันยาวนานและสม่ำเสมอ (เพ็ญญา แดงด้อมฤทธิ์, 2549)

ถึงแม้ว่าจะพบว่าวิธีการดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการดังกล่าวจะสามารถลดการเกิดอาการทางจิตได้ในระดับหนึ่งและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในครอบครัวของตนได้โดยไม่กลับป่วยซ้ำได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะทางด้านจิตใจของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างยาวนานพบว่า ประมาณครั้งหนึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีความเครียดทางอารมณ์ (Elliott & Turner, 2001; Ferganis J, 1993) อาจเพราะในบริบทของสังคมไทยบางแห่งยังคงเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเปรียบเสมือนตราบาปในสังคม ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนรู้สึกอับอายในการดูแลผู้ป่วย (Elliott & Turner, 2001)

การเจ็บป่วยอาจเกิดขึ้นแบบกะทันหันโดยที่สมาชิกในครอบครัวไม่รับรู้ถึงการเจ็บป่วยมาก่อน หรือแม้แต่การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงหรือไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (ภัทรา ธิธราภ, 2530) และผู้ดูแลบางคนยังมีการะนาด้านอื่นๆ เช่น งาน การเงิน (ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์, 2534) รวมทั้งครอบครัวของตนเองที่ต้องดูแลรับผิดชอบ จึงทำให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่นี้ได้ (พิมพ์วิทย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ, 2530) นำมาซึ่งความทุกข์ของผู้ดูแล

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

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

Horwitz (1995) ให้ความหมายว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวหรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยตรง ขณะอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน อาจมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือมีความผูกพันทางกฎหมาย โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ จากการดูแลซึ่งได้ให้ความหมายของ

ผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะโดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชนจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายว่า ผู้ดูแลหมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความสัมพันธ์เป็นญาติหรือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตกับผู้ป่วยที่ให้การช่วยเหลือหรือการดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำกิจวัตรประจำวันหรือต้องการการดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยการดูแลช่วยเหลือนั้นไม่คิดหวังค่าตอบแทนใดๆ

สรุปได้ว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านหรือในชุมชน อาจมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือมีความผูกพันทางกฎหมาย โดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ

2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จอม สุวรรณโน (2541) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

1. ปฏิบัติการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
2. ช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ
3. จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพจิตหาซื้อยา รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยา
4. ช่วยเหลือด้านการเงิน
5. แบ่งเบาภาระงานบ้าน
6. เป็นธุระติดต่อกับชุมชน

กฎหมาย ประเสริฐทรง (2543) ได้ แบ่งบทบาทของผู้ดูแลออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1. บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (Care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วย โดยยึดแนวทางการรักษา เช่นการให้รับประทานอาหาร การให้รับประทานยา เป็นต้น ซึ่งเป็นการดูแลทางด้านร่างกายเท่านั้น มักจะละเลยการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคม

2. บทบาทของผู้จัดการดูแล (Care manager role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ในการประสานงานให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยผู้ดูแลทำหน้าที่ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือบริการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับประโยชน์สูงสุด

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลมีหน้าที่ความรับผิดชอบและบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีความอดทนอดกลั้น หลีกเลี่ยงการขัดแย้งกับผู้ป่วย ควรมีทักษะในด้านต่างๆ เช่น การสังเกตอาการ การเข้าหาผู้ป่วย การดูแลที่ถูกต้อง เป็นต้น รวมทั้งการมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและสามารถประเมินสถานการณ์ นำไปสู่การตัดสินใจอย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

บทบาทที่สำคัญสำหรับผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย คือ

1. ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง
2. คอยสังเกตอาการกำเริบของโรคได้อย่างรวดเร็ว
3. ช่วยลดความเครียดกับตัวผู้ป่วย โดยการหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้ป่วย
4. ช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล โดยการหาเวลาว่างหรือเวลาพักผ่อน ด้วยการให้ญาติหรือผู้ดูแลคนอื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วยบ้างบางครั้ง
5. ค้นหาและสนับสนุนในส่วนดีของผู้ป่วย
6. ดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง

2.4 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Department of Social Change and Mental Health (WHO, 2000 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์สาส์ตย์, 2549) ได้แบ่งผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยออกเป็น 3 ด้าน คือ

2.4.1 ผลกระทบทางด้านจิตใจ โดยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ ดังนี้

2.4.1.1 อารมณ์เศร้า (sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไปผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้งๆที่ยังมีชีวิตอยู่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ผู้ดูแลแสดงออกทางอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ และรู้สึกไม่มีแรง

2.4.1.2 ความรู้สึกผิด (Guilt) ในบางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธ หรือทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่างๆ แล้วผู้ดูแลมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองในภายหลัง

2.4.1.3 ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกโกรธผู้ป่วย ตนเอง เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้นได้

2.4.1.4 ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) ผู้ป่วยอาจมีปัญหาทางด้านความจำและปัญหาด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกอับอาย

2.4.1.5 ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ผู้ดูแลมีหน้าที่ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสพบปะเพื่อนฝูงหรือสังคม เสมือนถูกตัดออกจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมนตรี อมรพิเชษฐ์กุลและ พรชัย สงวนศิลป์ (2544) ที่พบว่าผู้ดูแลต้องใช้เวลามากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลา พักผ่อน ไม่มีเวลาออกกำลังกาย และทำให้ไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัว เนื่องจากต้องทำหน้าที่เพิ่มหลายประการแทนผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมดังที่เคยปฏิบัติได้ เช่น การไปทำบุญ การร่วมตามประเพณีต่างๆ หรือการร่วมกิจกรรมในชุมชน ส่งผลให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนและคนในชุมชนลดลง รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งจากเพื่อนและชุมชน

2.4.2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological problem) พบว่า ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีเวลาในการพักผ่อนลดลง ทำให้มีอาการทางด้านร่างกายเกิดขึ้น เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยล้ากับการดูแล (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) โดยสรุปปัญหาที่พบมีดังนี้

2.4.2.1 อาการปวดหลัง (Backache) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักมีอาการปวดหลังปวดเมื่อยตามร่างกาย เนื่องมาจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังของตนเอง ซึ่งอาการปวดหลังนี้ยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากจิตใจ (Psychosomatic) ที่มีสาเหตุจากภาวะเครียดที่สื่อให้ทราบว่าภาระที่ผู้ดูแลรับไว้นั้นนับวันยิ่งมากขึ้น และเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการพักจากการภาระนั้นๆ

2.4.2.2 อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (Weakness) เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรงทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ และยังทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย ส่งผลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเช่นกัน

2.4.2.3 มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (Increase health problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้มีการดูแลสุขภาพของตนเองลดลง ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวอาจไม่มีแรงไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่ตรงเวลา รับประทานยาไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วกำเริบมากขึ้น และอาจมีสุขภาพอื่นๆเพิ่มมากขึ้น

2.4.3 ผลกระทบด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socio-economic problem)

2.4.3.1 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน (Change in working pattern) มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องเปลี่ยนหรือปรับลักษณะของตนเองให้เข้ากับการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายต้องเสียสละลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

2.4.3.2 รายได้ลดลง (Lower income) ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะงานหรือต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้นและบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้น

2.4.3.3 ความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict) การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการจัดการที่ดีแล้วจะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้หรือในรายที่ผู้ดูแลหรือครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้กับครอบครัวได้

สรุปได้ว่า จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านจิตใจ ร่างกาย และด้านสังคมเศรษฐกิจ ดังนั้นผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด เศร้า รู้สึกผิด รู้สึกโกรธ รู้สึกอับอาย และรู้สึกโดดเดี่ยว ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดหลัง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ส่วนผลกระทบด้านสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน รายได้ลดลง และเกิดความขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีความสำคัญเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลเป็นกลไกสำคัญ เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบที่รุนแรงจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนนานขึ้นและลดโอกาสเกิดการเจ็บป่วยซ้ำทางจิต

2.5 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆก็จะเกิดผลกระทบตามมาและนอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล การทำรณรงค์หรือผู้ป่วยอาจถูกทอดทิ้ง

ตามมาได้ ดังนั้นควรให้การดูแลให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาต่อไปได้ ก่อนที่ครอบครัวจะแตกสลาย มีงานศึกษาวิจัยต่างๆที่เสนอแนวทางให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาต่อไปได้ที่มีความสอดคล้องกับ Paker (1992 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) มี 3 ประการต่อไปนี้

1. มีเวลาหยุดพักจากการดูแล (Time from caring) เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้ป่วย
2. ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Help from others) เป็นความพึงพอใจจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายของผู้ดูแล เช่น การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ความเมตตา การช่วยเหลือทางสังคม
- 3 ได้รับความบริการ (Provision of services) บทบาทของการบริการที่ช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น การบริการทางด้านสุขภาพจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ การบริการทางสังคม จากนักสังคมสงเคราะห์ การบริการดูแลชั่วคราวหรือกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความกดดันด้านจิตใจ

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกดดันด้านจิตใจ

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีผู้ให้คำจำกัดความของภาวะกดดันด้านจิตใจ (Psychological distress) ไว้อย่างชัดเจน แต่พบว่ามีการใช้ภาวะความกดดันด้านจิตใจในเรื่องของการพยาบาล ด้านการแพทย์ ด้านจิตวิทยา และทางด้านสังคมศาสตร์ โดยมีผู้กล่าวถึงภาวะกดดันด้านจิตใจไว้ดังนี้

Kessler & Mroczek (1994) กล่าวว่า ภาวะกดดันด้านจิตใจเป็นสภาวะทางอารมณ์โดยจะแสดงอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลเป็นหลัก ซึ่งอาการซึมเศร้าได้แก่ รู้สึกหดหู่ เศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ขาดความสนใจในกิจกรรม เป็นต้น และวิตกกังวลได้แก่ รู้สึกกังวลใจ รู้สึกกระสับกระส่ายหรือหงุดหงิด เป็นต้น

Miles et al., (1999) อธิบายว่า สิ่งที่มีอิทธิพลที่ทำให้เกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ มีผลมาจากความห่วงใยของครอบครัว ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ความวิตกกังวลต่อสุขภาพของผู้ป่วย และบทบาทหน้าที่ ทำให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ ซึ่งผลกระทบนี้สามารถเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง

Abeloff et al., (2000) กล่าวถึงภาวะกดดันด้านจิตใจว่า เป็นแนวคิดทั่วไปที่กล่าวถึงการทำหน้าที่ การปรับตัวที่ไม่ถูกต้องเมื่อบุคคลเผชิญปัญหากับความเครียด

Mirowsky & Ross (2002) กล่าวว่า บุคคลที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจจะมีความทุกข์ทางอารมณ์ที่แสดงออกในลักษณะอาการของซึมเศร้า (Depression) เช่น ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ รู้สึกหดหู่ใจ รู้สึกสิ้นหวัง และวิตกกังวล (Anxiety) เช่น รู้สึกกระสับกระส่าย และ รู้สึกวิตกกังวลมาก เป็นต้น

Ridner (2004) ให้ความหมายของภาวะกดดันด้านจิตใจ หมายถึง ความไม่สบายที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เฉพาะเจาะจง หรือความต้องการ มีผลทำให้บุคคลรู้สึกเป็นอันตราย หรือเกิดความเสียหายต่อบุคคลแบบชั่วคราวหรือถาวร ประกอบด้วย 5 คุณลักษณะ ได้แก่ 1) การขาดความสามารถในการเผชิญปัญหา 2) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า ขาดแรงจูงใจ หงุดหงิด ก้าวร้าวและไม่เห็นคุณค่าในตัวเอง 3) มีอาการไม่สบาย เช่น ความทุกข์ทรมาน 4) มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร และ 5) มีความรู้สึกเป็นอันตราย

Massé (2000) อธิบายภาวะกดดันด้านจิตใจของบุคคลทั่วไป พบว่า บุคคลทั่วไปอธิบายการเกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ ซึ่งสามารถอธิบายได้เป็น 6 ประโยค คือ

- 1.หมดกำลังใจและมองไม่เห็นอนาคต (Demoralization and Pessimism toward the Future)
2. มีความกลัดกลุ้มและความเครียด (Anguish and Stress)
3. สูญเสียคุณค่าในตนเอง (Self-Deprecitation)
4. ไม่เข้าร่วมสังคม โดดเดี่ยว (Social Withdrawal and Social Isolation)
5. สุขภาพทางกายเปลี่ยนแปลง (Somatization)
6. เก็บตัว (Withdrawal into Oneself)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมานั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของ Kessler & Mroczek (1994) กล่าวว่า ภาวะกดดันด้านจิตใจเป็นสภาวะทางอารมณ์โดยจะแสดงอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลเป็นหลัก ซึ่งอาการซึมเศร้าได้แก่ รู้สึกหดหู่ เศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ขาดความสนใจในกิจกรรม เป็นต้น และวิตกกังวล ได้แก่ รู้สึกกังวลใจ รู้สึกกระสับกระส่ายหรือหงุดหงิด เป็นต้น ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลเพื่อลดภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

3.2 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Mitsonis et al. (2012) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า

เพศ เป็นปัจจัยทางสังคมที่ผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดย เฉพาะเพศหญิงจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความไวต่อความรู้สึกมากกว่าเพศชาย

ลักษณะอาการของโรคจิตเภท เช่น อาการทางบวกและอาการลบ จะพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ จะทำให้ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากกว่าอาการทางบวกเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอับอายต่อสังคมและยากต่อการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมของนัทธมนต์ ฉิมสุข (2555) พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

1. ระยะเวลาการเจ็บป่วย เนื่องจากระยะเวลาการเจ็บป่วยแสดงถึงความเรื้อรังของโรค ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับยาเป็นเวลานานและต่อเนื่องตามแนวทางการรักษา เมื่อผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนอกเหนือจากงานหรือหน้าที่ที่ทำอยู่จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ (Mitsonis et al., 2012)

2. ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลที่มีความผูกพันทางสายเลือดหรือความผูกพันทางใจอย่างมากต่อผู้ป่วย เช่น บิดามารดา ภรรยา สามี พี่น้อง บุตร จะรับรู้ต่อภาระและผลกระทบที่เกิดจากการดูแลมากกว่าผู้ดูแลอื่นๆ อันเนื่องมาจากความรักความผูกพันและมีความจริงจัง ห่วงใยกับการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้มีการรับรู้ ภาวะกดดันด้านจิตใจของบุคคลในครอบครัวมาก (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544; บุญวดี เพชรรัตน์ และเยวานาถ สุวลักษณ์, 2547)

3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลเกิดความหนักใจในการดูแลและไม่สามารถเผชิญกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (นภาพรณ พึ่งเกศสุนทร, 2553)

4. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล มาจากประสบการณ์และการดูแลตนเองในด้านต่างๆ เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยหรือช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้น้อยจะทำให้ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจ (บุญวดี เพชรรัตน์ และเยวานาถ สุวลักษณ์, 2547; Campbell, 2001)

5. การเผชิญความเครียด เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเพิ่มจากเดิมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เมื่อผู้ดูแลที่มีการเผชิญความเครียดมุ่งแก้ปัญหาต่ำจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีภาวะกดดันด้านจิตใจ (บุญวดี เพชรรัตน์ และเยวานาถ สุวลักษณ์, 2547; Hall & Docherty, 2000)

6. การสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดและสิ่งเร้าที่เข้ามาในชีวิตหรือเหตุการณ์ต่างๆ ได้ช่วยลดความรุนแรงของปัญหา ซึ่งเมื่อผู้ดูแลรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย ผู้ดูแลจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น (Yusuf & Nuhu, 2011)

7. การรับรู้ความรุนแรงของโรค เนื่องจากการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการเสื่อมถอยความสามารถของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเบื่อหน่ายกับความยุ่งยากจากโรค ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรงจะมีภาวะความกดดันด้านจิตใจมาก (Noh & Turner, 1987; Mitsonis et al., 2012)

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีหลายปัจจัยขึ้นอยู่กับตัวบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกจัดกระทำกับปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด ได้แก่ การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.3 ผลกระทบจากภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ภาวะกดดันด้านจิตใจ เป็นภาวะทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Derogatis., 1992) ซึ่งทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้

3.3.1 ผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย ได้แก่ เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนหลับไม่สนิท ปวดหลัง เหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า ถ้ามีอาการกล้วจะหน้าซีด หายใจไม่ออก ปากแห้ง ปวดศีรษะ ไมเกรน ท้องผูก เป็นต้น

3.3.2 ผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจ ได้แก่

3.3.2.1 ย้ำคิดย้ำทำ (Obsession-compulsion) เป็นภาวะที่ต้องย้ำคิดย้ำทำในบางสิ่งบางอย่างเมื่อนึกถึงเหตุการณ์เพื่อลดความวิตกกังวล เช่น ล้างมือเพราะรู้สึกว่ามีสกปรก ถ้าไม่คิดหรือไม่ทำจะเกิดความวิตกกังวลอย่างรุนแรง ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบทั้งงานตนเองและของผู้ป่วย จึงพยายามทำอะไรให้สมบูรณ์ที่สุดเพื่อให้เป็นที่ยอมรับ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความวิตกกังวลนั้นจะถูกแทนที่ด้วยความคิดหรือการกระทำอยู่เป็นเวลานาน

3.3.2.2 การรับรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal sensitivity) ได้แก่ รู้สึกว่าตนเองบกพร่องหรือมีปมด้อยโดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น เนื่องจากการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ทำให้ไม่มีเวลาพบปะเพื่อนฝูงจึงแยกตัวเองออกจากบุคคลอื่นๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการพบปะติดต่อกับผู้อื่นจะมีความวิตกกังวล มีอาการดังนี้ อารมณ์ขุ่นมัว ไม่อยากสมาคมกับใคร รู้สึกไม่มีใครรัก ไม่สบายใจเมื่อคนอื่นจ้องมอง จึงชอบอยู่คนเดียว ทำให้ส่งผลต่อสัมพันธภาพทั้งต่อตนเองและครอบครัว

3.3.2.3 ซึมเศร้า (Depression) เนื่องจากพยายามเก็บกดเรื่องราวต่างๆ เอาไว้จึงก่อให้เกิดความไม่สบายใจ มีลักษณะเด่น 3 ประการ คือ ด้านอารมณ์ มีอารมณ์ซึมเศร้า จะแสดงออกทางสีหน้า มีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย จะมีการเคลื่อนไหวช้า พูดจาช้า เสียงต่ำ ขาดสมาธิในการทำงาน และด้านความนึกคิด มักจะคิดอะไรไม่ออก มีความหดหู่ ไม่มีความสุข

3.3.2.4 วิตกกังวล (Anxiety) ทำให้ความสามารถลดลงและมีการแสดงออกแตกต่างกันไป ทางระบบไหลเวียนโลหิต เช่น ใจเต้น ใจสั่น ทางระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเดิน ระบบอื่นๆ เช่น ปัสสาวะบ่อย หายใจถี่ เป็นต้น

3.3.2.5 มุ่งร้าย (Hostility) ซึ่งเป็นอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว ทำลาย มุ่งร้าย แสดงออก 2 แบบ คือ แสดงออกต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุความคับข้องใจโดยตรง เช่น ชกต่อย ตบตี ดุด่า หรือทำให้บาดเจ็บหรือแสดงออกโดยการก้าวร้าวกับคนอื่น สิ่งอื่นแทนเนื่องจากไม่สามารถแสดง ความก้าวร้าวต่อสิ่งที่เป็นต้นเหตุได้

3.3.2.6 กลัว (Phobic anxiety) เป็นอาการที่เกิดขึ้นต่อวัตถุหรือสถานการณ์ จะต้องมากเกินกว่าที่ควรเป็นไม่สามารถจัดการได้ด้วยการอธิบายหรือใช้เหตุผล

3.3.2.7 หวาดระแวง (Paranoid ideation) อาการที่สำคัญ คือ หลงผิดคิดว่ามีคนทำร้าย คนอื่นพูดหรือทำอะไรมีความหมายพาดพิงมาถึงตน บุคคลพวกนี้มีชีวิตแปรเปลี่ยนอยู่ระหว่างโลกแห่งความจริงและโลกแห่งความฝัน

จะเห็นได้ว่าภาวะกดดันด้านจิตใจเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ดูแลที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจจะส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจเกิดการเจ็บป่วยทางจิตตามมาและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ เนื่องจากผู้ดูแลเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาอยู่ในชุมชนนานขึ้นและโอกาสการเจ็บป่วยซ้ำทางจิต

3.4 การประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้สร้างเครื่องมือเพื่อนำมาประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจไว้มากมาย ซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิดที่ผู้ทำการศึกษานั้นสนใจ ได้แก่

3.4.1 แบบประเมิน Symptom Checklist-35-Revised (SCL-35R) แบบประเมินนี้เป็นส่วนหนึ่งของ SCL-90R ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Derogatis ในปี 1983 แบบประเมิน SCL-35R นี้ประกอบด้วย 35 ข้อคำถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คืออาการทางกาย (Somatization), วิตกกังวล (Anxiety) และซึมเศร้า (Depression) แต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีภาวะความกดดันด้านจิตใจสูง แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้วัดความกดดันด้านจิตใจของบิดาและมารดาของเด็ก ซึ่งป่วยเป็นมะเร็งจำนวน 195 คู่ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97 (Yeh, 2008)

3.4.2 แบบประเมิน Profile of Mood State (POMS) ของ McNair และคณะที่สร้างขึ้นปี 1971 เป็นแบบประเมินภาวะอารมณ์ 6 ชนิด ได้แก่ ความเครียด ความซึมเศร้า ความโกรธ ความเหนื่อยล้า ความสับสน และความกระปรี้กระเปร่า แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถามที่เป็นคำคุณศัพท์ 65 ข้อคำถาม ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) แบบประเมินนี้นำไปใช้วัด

ความกดดันด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 212 คน โดยความกดดันด้านจิตใจแปรผลจากค่าความไม่สมดุลทางอารมณ์ ซึ่งได้จากการรวมคะแนนของทุกข้อคำถาม ความไม่สมดุลทางอารมณ์มาก หมายถึง ความกดดันด้านจิตใจสูง มีความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 (Uchitomi et al., 2003)

3.4.3 แบบประเมิน Brief Symptom Inventory (BSI) ที่สร้างขึ้นโดย Derogatis & Melisaratos (1975) แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถาม จำนวน 53 ข้อ แต่ละข้อใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคลำไส้เนื้อหัวใจตาย จำนวน 213 คน โดย O'Farrell, Murray และ Hotz (2000) คะแนนความกดดันด้านจิตใจคำนวณโดยการรวมคะแนนของทุกข้อหารด้วยจำนวนข้อที่กลุ่มตัวอย่างเลือก คะแนนที่ได้เรียกว่า Global Severity Index (GSI) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีภาวะความกดดันด้านจิตใจสูง มีความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

3.4.4 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป-12 (The General Health Questionnaire-12) พัฒนาขึ้นโดย Goldberg (1972) สำหรับ GHQ -12 มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ การคิดคะแนนของ GHQ Goldberg แนะนำให้ใช้การคิดแบบ GHQ score (0-0-1-1) ซึ่งใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 1/2 โดยคะแนนตั้งแต่ 2 ขึ้นไปถือว่ามีความกดดันด้านจิตใจ (ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ, 2539) ซึ่งแบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลญาติที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทครั้งแรก จำนวน 210 คนที่พาผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 (Lohacheewa et al., 2016)

3.4.5 แบบประเมิน The Kessler Psychological Distress Scale (K10) ที่สร้างขึ้นโดย Kessler et al. (2002) เป็นแบบประเมินที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในปัจจุบันเพื่อใช้ประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ K10 มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อคำถาม เพื่อประเมินระดับอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลจากภาวะกดดันด้านจิตใจในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0 - 4 คะแนน) ระดับคะแนนเริ่มต้นจาก 10 (ไม่มีภาวะกดดันด้านจิตใจ) ถึง 50 (ภาวะกดดันด้านจิตใจสูงมาก) แบบวัดนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 125 คน ในประเทศจีน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 (Chen et al., 2016)

3.4.6 แบบประเมิน The Kessler Psychological Distress Scale (K6) ที่สร้างขึ้นโดย Kessler et al. (2002) ซึ่งแบบประเมิน K6 พัฒนามาจาก The Kessler Psychological Distress Scale (K10) เพื่อใช้ประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ จะมีข้อคำถามที่สั้นและกระชับกว่า K10

สำหรับ K6 จะมีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อคำถามเพื่อประเมินระดับอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลจากภาวะกดดันด้านจิตใจในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0 - 4 คะแนน) ระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน หมายถึงมีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับมาก แบบวัดนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจและสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยใหญ่ในประเทศไทย จำนวน 60,569 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 (Yiengprugsawan et al., 2012)

3.4.7 แบบประเมิน Psychological Distress Manifestation Measurement Scale (PDMMS) พัฒนาโดย Masse ในปี 1998 แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถามให้ผู้ถูกประเมิน ประเมินอาการของตนเองจำนวน 23 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง มีความกดดันด้านจิตใจสูง แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินความกดดันด้านจิตใจของประชาชนทั่วไปจำนวน 400 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 (Masse, 2000)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน The Kessler Psychological Distress Scales (K10) ในการประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ เนื่องจาก K10 มีช่วงความเชื่อมั่น CI (Confidence interval) สูงกว่า K6 ดังนี้ 0.89 - 0.91 และ 0.88 - 0.90 ตามลำดับ อีกทั้ง K10 ยังเป็นแบบประเมินที่มีประสิทธิภาพสูงในการคัดกรองความผิดปกติทางจิตที่รุนแรงได้อีกด้วย (Furukawa et al., 2003) และมีคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้และเป็นแบบประเมินที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในปัจจุบันเพื่อใช้ประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ ซึ่งเนื้อหาของข้อคำถามเป็นการประเมินความผิดปกติทางอารมณ์และวิตกกังวลจากภาวะกดดันด้านจิตใจ อีกทั้งเป็นข้อคำถามที่สามารถทำความเข้าใจได้ง่าย และไม่ซับซ้อน จึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.5 การบำบัดเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบรูปแบบการบำบัดที่ลดภาวะกดดันด้านจิตใจไว้อย่างชัดเจน และจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าได้มีการบำบัดหลายวิธีเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจ ดังการศึกษาของ

Shah et al., (2010) ได้ศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดและการพยาบาลเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดที่มีอยู่ และพัฒนาการเผชิญความเครียดรูปแบบใหม่ ตัวอย่างการพยาบาลเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจ ได้แก่ โปรแกรมการสอนและการฝึกทักษะ (Training and education programs) การสนับสนุนด้านข้อมูลผ่านระบบเทคโนโลยี (Information-technology based support) การวางแผนการดูแลอย่างใกล้ชิด (Formal approaches to planning care) การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual support)

การเผชิญความเครียดโดยใช้ศาสนา (Religious coping) การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยกลวิธีทางบวก (Positive strategies for managing disturbed behavior) การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) การบำบัดครอบครัวโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral family intervention) เป็นต้น

Cotton et al. (2013) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยวิธีการแก้ปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเป็นครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแล 124 คน และมีอายุระหว่าง 18 – 66 ปี ในประเทศออสเตรเลีย ผลการศึกษาพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลใช้เทคนิคการเผชิญความเครียดทางบวก เช่น การพูดคุยกับตัวเอง การแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิผล และมีมุมมองทางบวก อีกทั้งยังพบว่าปัจจัยที่ทำเกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด 5 ปัจจัยได้แก่ การหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา การมองโลกในแง่ดี การหาความช่วยเหลือจากแหล่งอื่นๆ การลดความเครียด และ ความห่างเหิน มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแล การระบายความรู้สึกทางอารมณ์ และภาวะกดดันด้านจิตใจ จะเห็นได้ว่าการหลีกเลี่ยงการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจและอารมณ์ อีกทั้งยังเพิ่มการดูแล ซึ่งการพยาบาลนี้จะช่วยให้มีการปรับวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีวิธีการประเมินสถานการณ์ใหม่ในแง่บวกเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้องและลดภาวะกดดันด้านจิตใจ

Hurley et al. (2014) ได้ศึกษาการให้การพยาบาลด้วยเทคนิคการทำสมาธิสามารถลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลด้วยเทคนิคการทำสมาธิ (Meditation-based techniques) สามารถลดภาวะซึมเศร้าและลดภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้หรือไม่ ผลการวิจัยพบว่าการพยาบาลด้วยเทคนิคการทำสมาธิ (meditation-based techniques) สามารถลดภาวะซึมเศร้าและลดภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ ซึ่งสนับสนุนได้ว่าการพยาบาลด้วยเทคนิคการทำสมาธิสามารถลดภาวะกดดันด้านจิตใจในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้

Yesufu-Udechuku et al. (2015) ได้ศึกษาการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสบการณ์การดูแลและลดภาระการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตรุนแรง โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบและสังเคราะห์งานวิจัยที่มีการทดลองแบบสุ่มเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสบการณ์การดูแลและลดภาระการดูแลทั้งหมด ผลการวิจัยพบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) และการทำกลุ่มสนับสนุน (Support Groups) ช่วยให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์การดูแลที่ดีขึ้นหลังจากการพยาบาล อีกทั้งการให้สุขภาพจิตศึกษายังช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจภายหลังจาก 6 เดือนหลังการให้การพยาบาล และการทำกลุ่มสนับสนุนและบำบัดเพื่อเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving bibliotherapy) จะช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลหลังจากการให้การพยาบาลทันที

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดจะช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) โดยการดำเนินการผ่านกระบวนการรู้คิด (Cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ลดความเครียด ความวิตกกังวลและซึมเศร้าจากภาวะกดดันด้านจิตใจ อันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และมีทักษะในการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยารักษาอาการจิต มีทักษะเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ รวมทั้งหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.6 การผ่อนคลายความเครียดเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจ

กรมสุขภาพจิต, (2549) ระบุไว้ว่าวิธีปฏิบัติเพื่อลดความเครียดมีมากมาย หลายคนอาจเคยใช้ เช่น การเล่นดนตรี การฟังเพลง วาดรูป ปลูกต้นไม้ หรือออกกำลังกาย เหล่านี้เป็นวิธีการที่ไม่เจาะจงสามารถเลือกใช้ได้เมื่อเผชิญกับความเครียดไม่รุนแรง ส่วนวิธีที่จะนำเสนอต่อไปนี้ นับเป็นวิธีการเฉพาะในการลดความเครียดในทางวิชาการ ซึ่งสามารถลดความเครียด เมื่อเครียดกล้ำเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายจะหดเกร็งและจิตใจจะวุ่นวายสับสน ดังนั้น เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่จึงเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก

ซึ่งวิธีที่จะนำเสนอในที่นี้ จะเป็นวิธีง่ายๆ สามารถทำได้ด้วยตัวเอง มี 8 วิธีดังนี้

1. การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ
2. การฝึกการหายใจ
3. การทำสมาธิเบื้องต้น
4. การใช้เทคนิคความเงียบ
5. การใช้จินตนาการ
6. การทำงานศิลปะ
7. การใช้เสียงเพลง
8. การใช้เทปเสียงคลายเครียดด้วยตัวเอง

สำหรับการฝึกคลายเครียดนั้น เมื่อเริ่มฝึกควรฝึกบ่อยๆ วันละ 2-3 ครั้ง และควรฝึกทุกวัน ต่อเมื่อฝึกจนชำนาญแล้วจึงลดลงเหลือเพียงวันละ 1 ครั้งก็พอ หรืออาจฝึกเฉพาะเมื่อรู้สึกเครียดเท่านั้นก็ได้ แต่อยากแนะนำให้ฝึกทุกวัน โดยเฉพาะก่อนนอนจะช่วยให้อารมณ์สงบ และนอนหลับสบายขึ้น

1. การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อที่ควรฝึกมี 10 กลุ่มด้วยกัน คือ

1. แขนขวา
2. แขนซ้าย
3. หน้าผาก
4. ตา แก้มและจมูก
5. ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น
6. คอ
7. อก หลัง และไหล่
8. หน้าท้อง และก้น
9. ขาขวา
10. ขาซ้าย

วิธีการฝึกมีดังนี้

- นั่งในท่าสบาย
- เกร็งกล้ามเนื้อไปที่ละกลุ่ม ค้างไว้สัก 10 วินาที แล้วคลายออก จากนั้นก็เกร็งใหม่ สลับกันไปประมาณ 10 ครั้ง ค่อยๆ ทำไปจนครบทั้ง 10 กลุ่ม
- เริ่มจากการกำมือ และเกร็งแขนทั้งซ้ายขวาแล้วปล่อย
- บริเวณหน้าผาก ใช้วิธีเลิควัดคิ้วให้สูง หรือขมวดคิ้วจนขีดแล้วคลาย
- ตา แก้ม และจมูก ใช้วิธีหลับตาปี ย่นจมูกแล้วคลาย
- ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น ใช้วิธีกัดฟัน เหม้มปากแน่นและใช้ลิ้นดันเพดานโดยหุบปากไว้แล้วคลาย
- คอ โดยการก้มหน้าให้คางจรดคอ เงยหน้าให้มากที่สุดแล้วกลับสู่ท่าปกติ
- อก หลัง และไหล่ โดยหายใจเข้าลึกๆ แล้วเกร็งไว้ ยกไหล่ให้สูงที่สุดแล้วคลาย
- หน้าท้องและก้น ใช้วิธีแหม่วท้อง ขมิบก้นแล้วคลาย
- งอนิ้วเท้าเข้าหากัน กระทบปลายเท้าขึ้นสูง เกร็งขาซ้ายและขวาแล้วปล่อย

การฝึกเช่นนี้จะทำให้รับรู้ถึงความเครียดจากการเกร็งกล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ และรู้สึกสบายเมื่อคลายกล้ามเนื้อออกแล้ว ดังนั้น ครั้งต่อไปเมื่อเครียดและกล้ามเนื้อเกร็งจะได้รู้ตัว และรีบผ่อนคลายโดยเร็ว ก็จะช่วยได้มาก

2. การฝึกการหายใจ

ฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้องแทนการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอกเมื่อหายใจเข้า หน้าท้องจะพองออก และเมื่อหายใจออก หน้าท้องจะยุบลง ซึ่งจะได้โดยเอามือวางไว้ที่หน้าท้องแล้วคอยสังเกตเวลาหายใจเข้าและหายใจออก หายใจเข้าลึกๆ และช้าๆ

กลั้นไว้ชั่วคราวแล้วจึงหายใจออกกลองฝึกเป็นประจำทุกวัน จนสามารถทำได้โดยอัตโนมัติการหายใจแบบนี้ จะช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ร่างกายกระปรี้กระเปร่า ไม่ง่วงเหงา หาวนอน พร้อมเสมอสำหรับภารกิจต่างๆ ในแต่ละวัน

3. การทำสมาธิเบื้องต้น

เลือกสถานที่ที่เงียบสงบ ไม่มีใครรบกวน เช่น ห้องพระ ห้องนอน ห้องทำงานที่ไม่มีคนพลุกพล่าน หรือมุมสงบในบ้าน นั่งขัดสมาธิ เท้าขวาทับเท้าซ้าย มือชนกันหรือมือขวาทับมือซ้าย ตั้งตัวตรง หรือจะนั่งพับเพียบก็ได้ตามแต่จะถนัด กำหนดลมหายใจเข้าออก โดยสังเกตลมที่มากกระทบปลายจมูกหรือริมฝีปากบน ให้รู้ว่าขณะนั้นหายใจเข้าหรือออกหายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1

นับไปเรื่อยๆ จนถึง 5

เริ่มนับใหม่จาก 1 - 6 แล้วพอ

กลับมานับใหม่จาก 1 - 7 แล้วพอ

กลับมานับใหม่จาก 1 - 8 แล้วพอ

กลับมานับใหม่จาก 1 - 9 แล้วพอ

กลับมานับใหม่จาก 1 - 10 แล้วพอ

ย้อนกลับมาเริ่ม 1 - 5 ใหม่ วนไปเรื่อยๆ

ขอเพียงจิตใจจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออกเท่านั้น อย่าคิดฟุ้งซ่านเรื่องอื่น เมื่อจิตใจแน่วแน่ จะช่วยขจัดความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้าหมอง เกิดปัญญาที่จะคิดแก้ไขปัญหาและเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ในชีวิตได้อย่างมีสติ มีเหตุมีผล และยังช่วยให้สุขภาพร่างกายดีขึ้นด้วย

4. การใช้เทคนิคความเงียบ

การจะสยบความวุ่นวายของจิตใจที่ได้ผล คงต้องอาศัยความเงียบเข้าช่วย โดยมีวิธีการดังนี้

- เลือกสถานที่ที่สงบเงียบ มีความเป็นส่วนตัว และควรบอกผู้ใกล้ชิดว่าอย่าเพิ่งรบกวนสัก 15 นาที

- เลือกเวลาที่เหมาะสม เช่น หลังตื่นนอน เวลาพักกลางวัน ก่อนเข้านอน ฯลฯ

- นั่งหรือนอนในท่าที่สบาย ถ้านั่งควรเลือกเก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะอย่าไขว่ห้างหรือกอดอก

- หลับตา เพื่อตัดสิ่งรบกวนจากภายนอก

- หายใจเข้าออกช้าๆ ลึกๆ

- ทำใจให้เป็นสมาธิ โดยท่องคาถาบทสั้นๆ ซ้ำไปซ้ำมา เช่น พุทโธ พุทโธ หรือจะสวดมนต์บทยาวๆ ต่อเนื่องกันไปเรื่อยๆ เช่น สวดพระคาถาชินบัญชร 3-5 จบ เป็นต้น

ฝึกครั้งละ 10 - 15 นาที ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง แรกๆ ให้เอานาฬิกาามาวางตรงหน้า และลืมนาดูเวลาเป็นระยะๆ เมื่อฝึกบ่อยเข้าจะกะเวลาได้อย่างแม่นยำ ไม่ควรใช้นาฬิกาปลุก เพราะเสียงจากนาฬิกาจะทำให้ตกใจเสียสมาธิ และรู้สึกหงุดหงิดแทนที่จะสงบ

5. การใช้จินตนาการ

การใช้จินตนาการ เป็นกลวิธีอย่างหนึ่งที่จะดึงความสนใจออกจากสถานการณ์อันเคร่งเครียดในปัจจุบัน ไปสู่ประสบการณ์อันงดงามที่เคยผ่านมาแล้วในอดีต หรือเป็นเรื่องที่จินตนาการขึ้นใหม่ ซึ่งจะทำให้จิตใจสงบและเป็นสุขขึ้นได้ชั่วขณะแต่ทั้งนี้ต้องเข้าใจว่าวิธีนี้เป็นการคลายเครียดชั่วคราวเท่านั้น ไม่ใช่วิธีแก้ปัญหาคือควรจะนำมาใช้บ่อยๆ เช่น การย้อนระลึกถึงสถานที่สวยงามที่เคยได้ไปท่องเที่ยวมาแล้วจำพวกชายทะเล น้ำตก ภูเขา สวนดอกไม้ พืชหญ้า ป่าไม้ เป็นต้น หรือจินตนาการเอาเองถึงสถานที่ที่สวยงาม ซึ่งเมื่อนึกถึงแล้วก็จะทำให้จิตใจรู้สึกสงบ มีความสุขสดชื่น ในขณะที่ใช้จินตนาการนั้น จะต้องทำให้ตัวเองรู้สึกเหมือนจริงที่สุด จนแทบจะได้กลิ่นหอมของดอกไม้ ได้ยินเสียงคลื่น ได้สัมผัสหยาดน้ำค้างตามใบหญ้า รู้สึกถึงความอบอุ่นของแสงแดดยามเช้า ฯลฯ เพื่อจะได้เกิดอารมณ์คล้อยตามจนรู้สึกเป็นสุขได้เหมือนอยู่ในเหตุการณ์จริงเลยทีเดียว เมื่อจิตใจกำลังสงบและเพลิดเพลินกับจินตนาการ ขอให้ใช้เวลาช่วงนี้บอกย้ำกับตัวเองว่า คุณกำลังผ่อนคลาย กำลังสบายอย่างที่สุด พร้อมทั้งให้กำลังใจตัวเองด้วยว่าคุณเป็นคนเก่ง คุณสามารถเอาชนะปัญหาและอุปสรรคในชีวิตได้อย่างแน่นอนและเมื่อจบการจินตนาการแล้วขอให้คุณคงความสดชื่นต่อไปและเกิดกำลังใจที่จะสู้ปัญหามากขึ้นด้วย

ขั้นตอนของการใช้จินตนาการ มีดังนี้

1. เลือกสถานที่ที่สงบและเป็นส่วนตัว ปลอดภัยจากการรบกวนจากผู้อื่นสัก 10-15 นาที
2. นั่งในท่าสบาย บนเก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะ หรือจะนอนเอนหลังก็ได้ แต่ต้องระวังอย่าหลับ
3. คลายเสื้อผ้าให้หลวม ถอดรองเท้าออกด้วย
4. หลับตาลง แล้วเริ่มจินตนาการถึงสถานที่ที่สวยงาม สงบและเป็นสุข
5. เมื่อจิตใจเริ่มสงบและเป็นสุข ให้ย้ำกับตัวเองว่าคุณรู้สึกสบายและคุณเป็นคนที่มีความสามารถพอที่จะเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้เสมอ
6. ค่อยๆ ลืมตาขึ้น คงความรู้สึกสดชื่นเอาไว้พร้อมที่จะลงมือทำงานต่อไป

6. การทำงานศิลปะ

การทำงานศิลปะเป็นการถ่ายทอดจินตนาการออกมาเป็นรูปธรรมที่สามารถมองเห็นและสัมผัสได้งานศิลปะมีได้หลายอย่าง เช่น การวาดภาพ การปั้น การประดิษฐ์วัสดุ การเย็บปักถักร้อย เป็นต้น การทำงานศิลปะจะต้องทำด้วยความตั้งใจ จึงเปรียบเสมือนการทำสมาธิอย่างหนึ่ง คือจิตใจจะต้องจดจ่ออยู่กับงานตรงหน้า ละวางปัญหาความเคร่งเครียดในชีวิตไว้ชั่วคราว และเมื่องานสำเร็จจะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ต็มตำ และเป็นสุขกับผลงานนั้นด้วย การทำงานศิลปะจึงช่วย

คล้ายเครียดได้ แต่ทั้งนี้คงจะต้องทำเป็นงานอดิเรกที่มีข้อจำกัดเรื่องเวลา มิเช่นนั้นอาจกลายเป็นการสร้างความเครียดขึ้นมาแทน

7. การใช้เสียงเพลง

เสียงเพลงมีอิทธิพลต่ออารมณ์ของคนเรามาก สามารถทำให้สุขก็ได้ ทำให้รื่นเริง สนุกสนานก็ได้ และยังทำให้รู้สึกเศร้าก็ได้ด้วย หากเพลงใดสามารถทำให้รู้สึกสบายใจ ทำให้รู้สึกร่าเริง แจ่มใสได้ ก็ขอให้คุณเลือกฟังเพลงนั้นในเวลาที่รู้สึกเครียด เพลงที่ช่วยคลายเครียดมีได้ตั้งแต่เพลงลูกทุ่ง เพลงไทย(เดิม) เพลงไทยสากล เพลงสากล เพลงคลาสสิก ฯลฯ ซึ่งเป็นเพลงที่มีจังหวะ ทำนอง เนื้อร้อง และนักร้องที่คุณชอบนั่นเอง

8. การใช้เทปเสียงคลายเครียดด้วยตัวเอง

กรมสุขภาพจิต ได้จัดทำเทปเสียงคลายเครียดด้วยตัวเองขึ้น โดยการผสมผสานระหว่างเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การใช้เสียงและการใช้จินตนาการ เทปนี้มีความยาวประมาณ 10 นาที ซึ่งคุณสามารถติดต่อขอรับได้ที่กรมสุขภาพจิต และหน่วยงานในสังกัด

ขั้นตอนการคลายเครียดโดยใช้เทปเสียงคลายเครียดด้วยตัวเอง มีดังนี้คือ

1. เลือกสถานที่ที่มีความสงบพอสมควร
2. นิ่งหรือเอนหลังก็ได้ โดยอยู่ในท่าที่สบาย
3. คลายเสื้อผ้า เข็มขัดให้หลวม เพื่อให้รู้สึกสบายตัว
4. หายใจเข้าออกทางจมูกเป็นจังหวะช้าๆ คุณสามารถใช้เทปเสียงคลายเครียดนี้ได้

เสมอทุกครั้งที่รู้สึกเครียด จะช่วยให้คุณรู้สึกผ่อนคลายและสบายขึ้นทั้งกายและใจ

จะเห็นได้ว่าการฝึกผ่อนคลายความเครียดเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจ ผู้ดูแลสามารถเลือกใช้ได้หลายรูปแบบ ซึ่งขึ้นอยู่กับความชอบและความถนัดของบุคคลนั้น เพื่อให้ร่างกายได้ผ่อนคลาย ลดความเครียดและความวิตกกังวลต่างๆ ทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตและกายที่สมบูรณ์มากขึ้น

4. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด

4.1 ความหมายของความเครียดและการเผชิญความเครียด

ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม จะพยายามจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่โดยการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม (Lazarus & Folkman, 1984) ผ่านกระบวนการรับรู้หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่คุกคาม ซึ่งการประเมินนี้เป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก (กุลธิดา สุภาคุณ, 2555) และในชีวิตประจำวันบุคคลมักเผชิญกับภาวะเครียด จากสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในตัวได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและ

ปรับตัวได้ในระดับที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้น โดยมีผู้ให้ความหมายของความเครียดไว้หลากหลายแนวคิด เช่น

Selye (1976) กล่าวว่า ความเครียดเป็นการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองร่างกายต่อสิ่งที่มาคุกคามหรืออันตราย ส่งผลให้โครงสร้างและสารเคมีในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป และแสดงออกมาให้เห็นในด้านร่างกายเช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง เป็นต้น ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

Caplan (1981) กล่าวว่า ความเครียดเป็นภาวะที่ขาดความสมดุลหรือความไม่เหมาะสมระหว่างความคาดหวังและความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้น และการขาดความสมดุลนี้ ส่งผลต่อความมั่นคง ความปลอดภัย ของบุคคลนั้นในอนาคต

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เป็นภาวะพลวัตสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ซึ่งเกิดจากกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลนั้น (Cognitive appraisal) ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่คุกคามที่ส่งผลให้ตนเองเกิดอันตรายหรือความเสียหายหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

Sarafino (1989) กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลลัพธ์เมื่อมีการโต้ตอบระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ทำให้แต่ละบุคคลมีการรับรู้ที่แตกต่างกันระหว่างความต้องการของสถานการณ์และทรัพยากรทางด้านบุคคล ทั้งทางด้านชีวภาพ จิตวิทยา หรือระบบสังคม

Luckman and Sorensen (1993) กล่าวว่า ความเครียดเป็นสิ่งที่เข้ามาคุกคามหรือสิ่งที่พยายามทำลายบุคคล ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลในร่างกายและก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2554) กล่าวว่า ความเครียดคือสภาวะที่บุคคลเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคามหรือพยายามทำลายบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลประสบกับความไม่พึงพอใจ และกระทบต่อภาวะสมดุลของบุคคลนั้นทั้งด้านสรีระ จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมของบุคคล ความเครียดจะเป็นสิ่งขัดขวางพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจของมนุษย์จนเกิดภาวะเสียสมดุล

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2554) กล่าวว่า ความเครียดคือการตอบสนองของบุคคลที่ระบอบ่างชัดเจนไม่ได้ ต่อสถานการณ์บางอย่างที่คุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต ซึ่งการตอบสนองนี้ มีลักษณะเฉพาะในแต่ละคน ไม่จำเป็นจะต้องเหมือนกัน และจะปรากฏให้เห็นในรูปอาการแสดงออกบางอย่างและเป็นต้นเหตุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหลายๆอย่างภายในร่างกายของบุคคล ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สภาวะการณ์อย่างเดียวกันอาจทำให้เกิดความเครียดไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการรับรู้ของบุคคล

สรุปได้ว่าความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อเกิดความเครียดขึ้น ร่างกายจะแสดงปฏิกิริยาเพื่อตอบสนองต่อความเครียดนั้น ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางด้าน

ร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับความรู้ ประสบการณ์และการปรับตัวของแต่ละบุคคล การดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย เช่นอาการกำเริบของโรค ลักษณะอาการของโรค และภาระในการดูแล เป็นต้น โดยผู้ดูแลจะประเมินตัดสินว่าสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตนเองหรือไม่ ซึ่งผู้ดูแลแต่ละราย อาจจะประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันตามปัจจัยด้านบุคคลและด้านสถานการณ์ ทำให้มีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน

4.2 แนวคิดในการเผชิญความเครียด

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่พยายามจะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก ซึ่งบุคคลนั้นประเมินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ว่าสามารถนำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญได้อย่างเต็มที่และเพียงพอ โดยการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม เพื่อตอบสนองต่อความเครียดโดยการปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น จนสามารถทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเบาลงได้ ซึ่งการเผชิญความเครียดมีลักษณะที่สำคัญ ดังนี้

1. เป็นกระบวนการ (Process) โดยเน้นด้านการคิด การสังเกต การประเมิน และปฏิบัติจริงในการเผชิญกับความเครียด ความคิดและการกระทำจะทำให้เข้าใจถึงการเผชิญความเครียดกับสถานการณ์นั้น หากสถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงไปหรือเกิดการเผชิญหน้าครั้งใหม่ ความคิดและการกระทำย่อมเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย
2. บริบทแวดล้อม คือ ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อการเผชิญความเครียดขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ การเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ที่จะนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียดนั้น
3. ความพยายามในการจัดการกับความเครียด ไม่นับถึงผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากการจัดการ และไม่สามารถบอกได้ว่าการจัดการที่ได้กระทำไปแล้วนั้นจะดีหรือไม่ดี (Good or bad coping)

Lazarus & Folkman (1984) ได้แบ่งโครงสร้างของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ตึงเครียดนั้นดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียดโดยพยายามแก้ที่ตัวปัญหาตามขั้นตอนของการแก้ไขปัญหา ได้แก่ ค้นหาสาเหตุของปัญหาว่าเกิดจากอะไร การคิดหาวิธีต่างๆเพื่อแก้ปัญหา และการเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่คิดว่าเหมาะสมมากที่สุด มีการหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหานั้น เอาประสบการณ์ในอดีตที่ใช้ได้ผลมาร่วมแก้ไขปัญหา มีการวางแผนตั้งเป้าหมาย และกระทำตามที่วางแผนไว้เพื่อแก้ปัญหา หรือมุ่งแก้ไขที่ตนเอง หรือปรับสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นลักษณะการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้สถานการณ์ตึงเครียดดีขึ้น

2. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลใช้กระบวนการทางความคิดจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความตึงเครียด เป็นการปรับอารมณ์ความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญ กำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคล และรักษาสมดุลทางจิตใจให้กลับสู่สภาวะปกติ โดยใช้กลไกป้องกันทางจิต ได้แก่ การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์หรือปัญหา การพยายามไม่คิดหรือลืมสิ่งที่เกิดขึ้น การระบายอารมณ์ในรูปความโกรธและการร้องไห้ หรือการใช้สุราหรือยาเสพติด รวมถึงความพยายามในการควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ เช่น การใช้วิธีการผ่อนคลายในการลดความวิตกกังวล และความพยายามปรับเปลี่ยนความหมายที่มีต่อเหตุการณ์ เช่น การมองสิ่งที่เป็นปัญหาในแง่ดี หรือเปรียบเทียบกับปัญหาคนอื่นที่หนักกว่า การแสวงหาสิ่งสนับสนุนทางจิตใจ เช่น การพึ่งศาสนา เป็นต้น

โดยทั่วไป บุคคลอาจใช้รูปแบบของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาทั้งการมุ่งการแก้ปัญหาและมุ่งที่อารมณ์ร่วมกันเสมอหรือใช้สลับกันได้ โดยที่บุคคลจะใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหาในกรณีที่เราคิดว่าเราสามารถจะจัดการกับปัญหานั้นได้ และมักจะใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ เมื่อเห็นว่าปัญหาเกินกว่าจะแก้ไขได้ การเผชิญปัญหาที่จะได้ผลดีที่สุดที่สุดคือ การใช้วิธีการทั้ง 2 แบบดังกล่าวให้ช่วยเสริมซึ่งกันและกัน นำไปสู่การจัดการปัญหาได้อย่างอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

Folkman & Moskowitz (2004) ได้ให้ความหมายการเผชิญความเครียดว่า เป็นความคิดและพฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการภายในและภายนอก เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งการเผชิญความเครียดทำให้เกิดผลต่อสุขภาพ ภาวะอันตราย และส่งผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคล จนทำให้ความเครียดนั้นลดลงได้

Shelley & Annette (2007) ได้ให้ความหมายการเผชิญความเครียดว่า เป็นการกระทำและความพยายามที่จะจัดการความเครียด ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของบุคคล การเรียนรู้ ความเชื่อมั่นในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม โดยอาศัยประสบการณ์ในวัยเด็กและการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยในการเผชิญความเครียดของแต่ละคน

สรุปได้ว่า การเผชิญความเครียด หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลพยายามจัดการกับความเครียด ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคล ทำให้ความเครียดนั้นลดลง ซึ่งพบว่ารูปแบบการเผชิญความเครียดแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) และการเผชิญแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion focused coping) ทั้งนี้การเผชิญความเครียดจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

4.3 การประเมินการเผชิญความเครียด

กระบวนการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เป็นผู้ริเริ่มนำเสนอทฤษฎีปรากฏการณ์กระบวนการทางปัญญาที่มีต่อภาวะเครียดทางด้านจิตใจ (The Cognitive Phenomenological Theory of Psychological Stress) ทฤษฎีนี้เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม และเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Event or stressor) การประเมิน (Appraisal) และการเผชิญความเครียด (Coping) ซึ่งในกระบวนการเผชิญความเครียดสิ่งสำคัญ คือการประเมินปัญหาซึ่งเป็นกระบวนการทางสติปัญญา (Cognitive Process) ที่เกิดระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม (Emotional and behavior response) ซึ่งต้องการการทำงานของจิตใจรวมถึงการตัดสินใจ การแยกแยะปัญหา และการเลือกวิธีที่จะจัดการกับปัญหาโดยใช้ประสบการณ์เดิมเป็นส่วนใหญ่ การประเมินสถานการณ์ (Cognitive appraisal) เป็นกระบวนการทางด้านความคิดแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ

4.3.1 การประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินว่าสถานการณ์นั้นมีผลกระทบต่อตนเองหรือไม่ อย่างไร เช่น มีผลต่อการรับรู้คุณค่าในตัวเอง ค่านิยม เป้าหมาย สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี โดยบุคคลจะประเมินสถานการณ์ต่างๆออกมาใน 3 ลักษณะ คือ

1. ไม่มีผลได้ผลเสีย (Irrelevant) คือ เป็นการประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับตนเองเพราะไม่เกิดผลดีหรือผลเสียอะไรเลย
2. เกิดผลดีหรือได้รับประโยชน์ (Benign positive) คือ การที่บุคคลประเมินว่าผลจากเหตุการณ์นั้นมีผลดีกับตน ทำให้ตนเกิดความสุข สนุกและความรัก
3. เกิดความเครียด (Stress) เป็นภาวะที่บุคคลต้องดิ้นรนประนีประนอมมาใช้ ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การประเมินว่าเป็นความเครียดนี้สามารถประเมินออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

3.1 เกิดอันตรายหรือการสูญเสีย (Harm or loss) คือการที่บุคคลประเมินว่าเกิดความเสียหายขึ้นกับตนเองแล้ว เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสียคนรักหรือการสูญเสียความผูกพัน การสูญเสียความสามารถ ความไม่พึงพอใจต่อตนเองหรือสังคม เป็นต้น

3.2 การถูกคุกคาม (Threat) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอันตรายหรือการสูญเสีย หรือเมื่อสูญเสียแล้วทำให้เกิดความยุ่งยากหรือความลำบากที่จะตามมา

3.3 การท้าทาย (Challenge) เป็นการคาดการณ์ว่าจะสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้อาจแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ ความกระตือรือร้น ความตื่นตัว ความร่าเริง การถูกคุกคามและการท้าทายอาจเกิดขึ้นพร้อมๆกัน เพราะการที่รู้สึกถูกคุกคามนั้นอาจมีความรู้สึกท้าทายอยู่ด้วย ทำให้มีความมุ่งมั่นที่จะหาวิธีในการเอาชนะหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นให้ได้

4.3.2 การประเมินหัตถิยภูมิเป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกต่างๆ ที่บุคคลนั้นมีเพื่อจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลจะประเมินตัดสินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความเครียดหรือไม่และรุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัยคือปัจจัยด้านตัวบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ ซึ่งการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความคิดของตนเองในการจัดการกับความเครียด โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่อย่างเต็มกำลังความสามารถขึ้นอยู่กับบริบทของเหตุการณ์ การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะคือการมุ่งแก้ปัญหาเป็นการเผชิญความเครียด โดยการจัดการกับสาเหตุของสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น และการจัดการกับอารมณ์เป็นวิธีการที่บุคคลตอบสนองต่อความเครียดด้วยการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก โดยบุคคลอาจใช้การเผชิญความเครียดทั้งสองลักษณะร่วมกันก็ได้ หลังจากการประเมินหัตถิยภูมิแล้ว บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหา หากปัญหาไม่ทุเลาลงหรือหมดไปบุคคลก็จะเปลี่ยนการประเมินใหม่

4.3.3 การประเมินใหม่ (Reappraisal) เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องจากการประเมินปฐมภูมิและการประเมินหัตถิยภูมิ โดยใช้ข้อมูลและแหล่งประโยชน์ทั้งจากสิ่งแวดล้อมและภายในบุคคลในการควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่มากกระทบ แล้วบุคคลจะประเมินอีกครั้งว่าสถานการณ์ที่เข้ามากระทบนั้นยังมีความเครียดอยู่หรือไม่ และจะเลือกวิธีการเผชิญความเครียดแบบใดจึงจะเหมาะสมและสามารถกำจัดความเครียดได้ การประเมินซ้ำเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) อาจปรับเปลี่ยนได้หรือเกิดขึ้นพร้อมๆ กันได้ซึ่งอาจเกิดจากการทำงานของกลไกการปกป้อง (Defense appraisal) และเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

สรุปได้ว่า การประเมินสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นการประเมินผ่านกระบวนการรู้คิดประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นปฐมภูมิ เป็นการประเมินว่าสถานการณ์ที่เข้ามากระทบส่งกระทบต่อตนเองอย่างไร ขั้นหัตถิยภูมิ บุคคลจะเลือกแหล่งประโยชน์ใดมาจัดการกับความเครียดนั้น จะใช้การเผชิญความเครียดแบบไหนเพื่อจัดการกับสถานการณ์ความเครียดนั้นและขั้นตติยภูมิ เป็นการประเมินสถานการณ์เดิมซ้ำอีกครั้งจากการรับข้อมูลเข้ามาใหม่เพื่อพิจารณาว่ายังมีความเครียดอยู่หรือไม่ ซึ่งสถานการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลอาจจะประเมินสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดการเผชิญความเครียดที่แตกต่างๆ กัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์และทางเลือกต่างๆ ที่ผู้ดูแลจะเลือกใช้ในการเผชิญความเครียดเพื่อให้สามารถกำจัดความเครียดได้

5. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดตามแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) เพื่อให้ผู้ดูแลมีการฝึกทักษะในการเผชิญความเครียด ร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านร่วมถึงการจัดการกับความเครียดและ มีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ใช้เวลาดำเนินการ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1-2 กิจกรรม รวมทั้งหมด 7 กิจกรรมๆ ละ 60 - 90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังนี้

ตารางที่ 1 สรุปการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

กระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน ตามแนวคิดการเผชิญความเครียด Lazarus & Folkman (1984)	กิจกรรมในโปรแกรม ที่ผู้วิจัยพัฒนา
<p>ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้ และประสบการณ์ (Primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของบุคคล โดยหากประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่มีความสำคัญต่อตนเอง (irrelevant) หรือเป็นสถานการณ์ที่มีผลดีต่อตนเอง เช่น ทำให้มีกำลังใจหรือมีความสุขในชีวิต (Benign positive) บุคคลก็มักตัดสินใจว่าไม่ต้องจัดการใดๆ กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่หากประเมินว่าสถานการณ์นั้นอาจก่อให้เกิดอันตราย เกิดความเสียหาย หรืออาจเป็นอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมได้ แสดงว่าบุคคลได้ตีค่าสถานการณ์นั้นว่าเป็นภาวะที่เครียด ต่อตนเอง (stressful) ทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นทันที</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ และให้ความรู้ เรื่องการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด</p> <p>กิจกรรมที่ 2 ประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์การดูแล ในกิจกรรมประกอบด้วยการทบทวนความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์ โดยใช้กระบวนการรู้คิด พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องความเครียดและการประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยใช้ความรู้และประสบการณ์จากการดูแลแล้วเป็นมีผลต่อตนเองหรือไม่ พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านระหว่างสมาชิกในกลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการประเมินสถานการณ์ความเครียดแบบทำท่าย โดยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด</p>

<p>กระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน ตามแนวคิดการเผชิญความเครียด Lazarus & Folkman (1984)</p>	<p>กิจกรรมในโปรแกรม ที่ผู้วิจัยพัฒนา</p>
	<p>ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงข้อดีและข้อเสียของการประเมินสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกอารมณ์ทางบวก เช่น ความหวัง ความเชื่อมั่น ความตื่นตันที่จะเรียนรู้และมุ่งหวังที่จะเอาชนะสถานการณ์ที่จะเกิดตามมาได้</p>
<p>ขั้นตอนที่ 2. ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) ขั้นตอนที่ 2. ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินถึงแหล่งสนับสนุนและทางเลือกต่างๆในการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆเพื่อที่จะหาทางเลือกที่ดีที่สุดให้กับตัวเอง โดยต้องอาศัยความเฉลียวฉลาดในการพิจารณาอย่างถี่ถ้วนมีความซับซ้อนมากขึ้นเพื่อที่จะมาหาทางแก้ไขจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ซึ่งการเผชิญปัญหาแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (Problem-focused coping) และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused Coping) โดยที่บุคคลจะเลือกใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหาในกรณีที่เราคิดว่าเราสามารถจะจัดการกับปัญหานั้นได้ และมักจะเลือกใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่ง</p>	<p><u>กิจกรรมที่ 3</u> ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ ความรุนแรงของโรคและฝึกทักษะเรื่องอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้น</p> <p><u>กิจกรรมที่ 4</u> ให้ความรู้ในเรื่องการเผชิญความเครียดและการแก้ไขปัญหาและฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา</p> <p><u>กิจกรรมที่ 5</u> ให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์และฝึกทักษะการเกร็ง และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจ</p> <p><u>กิจกรรมที่ 6</u> พัฒนาการรับรู้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ในชุมชนร่วมถึง และผู้วิจัยได้เพิ่มกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลสนับสนุนซึ่งกันและกัน</p>

<p>กระบวนการประเมินทางความคิด 3 ขั้นตอน ตามแนวคิดการเผชิญความเครียด Lazarus & Folkman (1984)</p>	<p>กิจกรรมในโปรแกรม ที่ผู้วิจัยพัฒนา</p>
<p>จัดการกับอารมณ์ เมื่อเห็นว่าปัญหาเกินกว่าจะ แก้ไขได้ การเผชิญปัญหาที่จะได้ผลดีที่สุดที่สุด คือ การใช้วิธีการทั้ง 2 แบบดังกล่าวให้ช่วยเสริม ซึ่งกันและกัน นำไปสู่การจัดการปัญหาได้อย่าง อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ การประเมิน ปฐมภูมิและทุติยภูมินี้อาจเกิดขึ้นต่อเนื่องหรือ เกิดขึ้นพร้อมๆกันก็ได้ หลังจากการประเมินทุติย ภูมิแล้ว บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหา หาก ปัญหาไม่ทุเลาลงหรือหมดไปบุคคลก็จะเปลี่ยน การประเมินใหม่</p>	
<p>ขั้นตอนที่ 3. การประเมินใหม่ (Reappraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับ ข้อมูลมาใหม่และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่าน มาแล้วบุคคลจะประเมินซ้ำ เพื่อพิจารณา สถานการณ์ว่ายังมีอันตรายอยู่หรือลดลง</p>	<p><u>กิจกรรมที่ 7</u> สรุปกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจาก การเข้าร่วมกิจกรรม และประเมินสถานการณ์ ความเครียดใหม่ จากการได้รับข้อมูลมาใหม่และ พิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมา แล้วประเมินอีกครั้ง ว่าสถานการณ์ที่เข้ามากระทบนั้นยังมีความเครียด อยู่หรือไม่ และจะเลือกวิธีการเผชิญความเครียด แบบใดจึงจะเหมาะสมและสามารถกำจัด ความเครียดได้</p>

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยในประเทศ

นุสรรา วิชัยโกวิทเทน (2547) ศึกษาถึงภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายหลังการฝึกกู้ชีวิตร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างคือคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่าคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ มีภาวะความกดดันด้านจิตใจ ภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 3 ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และมีภาวะความกดดันด้านจิตใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุญวดี เพชรรัตน์ และ เยาวนาถ สุวลักษณ์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โดยเป็นผู้นำผู้ป่วยมาได้รับการรักษาตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 250 ราย ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย การรับรู้เศรษฐกิจของครอบครัวของผู้ดูแล และการรับรู้ว่ามีแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลคือผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

อภิชา แซ่มซ้อย (2550) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ในเขตเทศบาลตำบลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นัทธมนต์ ฉิมสุข (2557) ศึกษาภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร (ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับภาวะกดดันด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 145 คน ผลการศึกษาพบว่า 1. ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.55$, $SD = 0.28$) 2. ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.210$) 3. ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความ

สัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.226$, 0.862) 4. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -0.634$, -0.623 , -0.753 และ -0.717 ตามลำดับ)

มัลลิกา จันทรเพ็ญ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เขตอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 7 ครั้ง ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องความเครียด การประเมินความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การค้นหาแหล่งประโยชน์รวมทั้งให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด และการประเมินซ้ำ และ 2) แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Lalana (2007) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนในโรงเรียนศรียานุสรณ์ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 คน ใช้แนวคิดของ Lewinson, Hoberman and Hautzinger (1985) ซึ่งโปรแกรมนี้ให้สุขภาพจิตศึกษาและเทคนิคของการบำบัดทางความคิด (Cognitive behavior therapy) ประกอบด้วย 11 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดและภาวะซึมเศร้า ความคิดทางด้านลบ การหยุดความคิด การเปลี่ยนความคิดให้เป็นทางบวก การผ่อนคลายความเครียด ทักษะการสื่อสาร ทักษะความเชื่อมั่นในตนเอง ทักษะการเผชิญความเครียด (ครั้งที่1) ทักษะการเผชิญความเครียด (ครั้งที่2) และประเมินผล พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Mitsonis et al. (2012) ศึกษาผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางสังคม ลักษณะอาการของโรคจิตเภทและภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 87 รายที่โรงพยาบาลจิตเวช กรุงเอเธนส์ ประเทศกรีซ ผลการวิจัยพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการทางบวกและอาการทางลบสามารถทำนายภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเพศ โดยเฉพาะผู้ดูแลเพศหญิงมีระดับภาวะกดดันด้านจิตใจสูงกว่าผู้ดูแลเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Shah et al. (2013) ศึกษาภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเพื่อประเมินระดับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับตัวแปรทางสังคมของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 50 รายที่แผนกจิตเวชเมือง Peshawar ประเทศปากีสถาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีภาวะกดดันด้านจิตใจ และพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการดูแล และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจ

Ong et al. (2016) ศึกษาได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทราบ การเผชิญความเครียดและภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และศึกษาปัจจัยทำนายภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง 200 คน ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช Canselor Tuanku Muhriz ประเทศมาเลเซีย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 31.5 มีภาวะกดดันด้านจิตใจ พบว่าการปฏิเสธจากสังคมมีสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจ ยังพบว่าภาวะกดดันด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้วยการใช้สารเสพติด การสนับสนุนทางอารมณ์ พฤติกรรมแยกตัว การระบายอารมณ์และการโทษตัวเอง ซึ่งวิธีเหล่านี้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับเปลี่ยนมุมมองทางบวก

Riley-McHugh et al. (2016) ศึกษาผลกระทบทางด้านจิตใจและวิธีการเผชิญความเครียดในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาในคลินิกสุขภาพจิตชุมชนในประเทศจาไมกา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 5 ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีอาการนิโกรธ เศร้า สูญเสียความต้องการทางเพศ สูญเสียความอยากอาหารและมีภาวะซึมเศร้า ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังแสดงออกถึงความรู้สึกกลัว ผิดหวัง ตราบาป และเครียดซึ่งสัมพันธ์กับความรับผิดชอบทางการเงินในการดูแลผู้ป่วย และพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดสำหรับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวและมีความเชื่อในพระเจ้าอย่างเคร่งครัด

Lohacheewa et al (2016) ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลญาติที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในกรุงเทพมหานคร และปริณทล ผลการศึกษาพบว่าแบบจำลองสุดท้ายที่ปรับให้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถทำนายความผันแปรของภาวะกดดันด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลญาติที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทครั้งแรกได้ร้อยละ 33 โดยพบว่าการประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียดมีอิทธิพลโดยตรงต่อภาวะกดดันทางจิตใจของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การประเมินสถานการณ์ทั้งทางด้านบวกและด้านลบเป็นตัวกลางที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการทางจิต การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม กับภาวะกดดันด้านจิตใจ การเผชิญความเครียดเป็นตัวกลางที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมการประเมินสถานการณ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจ

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัญหาหรือตัวแปรคือภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมิน The Kessler Psychological Distress Scale (K10) ที่สร้างขึ้นโดย Kessler et al.(2002) เครื่องมือนี้ผู้วิจัยพัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back Translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทั้งนี้การจัดการกับปัญหาภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด โดยใช้แนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) เพื่อช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องต่างๆโดยให้ผู้ดูแลมีรูปแบบการเผชิญความเครียดอย่างถูกวิธี มีการรับรู้ความรุนแรงของโรครอย่างเหมาะสม อีกทั้งรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมและมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างถูกต้องซึ่งแสดงในภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984)

ขั้นตอนที่ 1. การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับและให้ความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด
กิจกรรมที่ 2. ประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์การดูแล ให้ความรู้เรื่องการประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และฝึกทักษะการประเมินสถานการณ์แบบท้าทาย

ขั้นตอนที่ 2. ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถทำได้ และการจัดการ กับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 3. ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ ความรุนแรงของโรคและฝึกทักษะเรื่องอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการจัดการกับอาการเบื้องต้น

กิจกรรมที่ 4. ให้ความรู้ในเรื่องการเผชิญความเครียดและการแก้ไขปัญหาและฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 5. ให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์และฝึกทักษะฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

กิจกรรมที่ 6. พัฒนาการรับรู้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ในชุมชน โดยให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนและให้สนับสนุนซึ่งกันและกัน

ขั้นตอนที่ 3. การประเมินใหม่ (Reappraisal) มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 7. สรุปกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม และประเมินสถานการณ์ความเครียดใหม่

ภาวะกดดัน
ด้านจิตใจ
(Kessler &
Mroczek,
1994)

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Burns & Grove, 2005) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดและเพื่อเปรียบเทียบภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม

O1

X

O2

O3

O4

O1 หมายถึง ภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

O2 หมายถึง ภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

O3 หมายถึง ภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O4 หมายถึง ภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0–F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0–F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 มาใช้บริการแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากรandom treatment

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) อายุตั้งแต่ 20 – 59 ปีทั้งเพศหญิงและชาย
- 2) เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือบุคคลอื่นในครอบครัวเพียงคนเดียวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย
- 3) เป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ
- 4) มีภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (K10 เท่ากับ 16 คะแนนขึ้นไป)
- 5) สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 6) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria)

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีโรคแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิตที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลองคือกลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดจำนวน 30 คน (Burns and Grove, 2005) เพื่อให้การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ซึ่งสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุดและป้องกันการไม่มาเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยวิธีการสุ่ม (Random treatment) โดยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ (Mitsonis et al., 2012) และ ระยะเวลาการเจ็บป่วย (นัทธมนต์ ฉิมสุข, 2555)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแก่หัวหน้าแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกและหัวหน้าแผนกเวชระเบียนของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตศึกษาสถิติ แฟ้มประวัติ เพื่อขอทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่ม
2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์และเจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียนเพื่อเข้าสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนที่จะมารับบริการในแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกพร้อมผู้ดูแลหรือผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ดูแลมารับยาแทนตามข้อมูลที่มีการบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติในช่วงเวลาเดือนเมษายน 2561 จำนวน 455 คน

พบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณสมบัติตามเกณฑ์เบื้องต้น คือ อายุระหว่าง 20 - 59 ปี จำนวน 200 คน และไม่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 255 คน ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีอายุ 60 ปีขึ้นไป, มีโรคร่วม, ไม่ใช่ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย และระยะเวลาการดูแลน้อยกว่า 6 เดือน จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการประเมินภาวะกีดกันด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแทนผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 70 คน พบว่ามีภาวะกีดกันด้านจิตใจในระดับปานกลางขึ้นไปจำนวน 48 คน

3. ผู้วิจัยพบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะกีดกันด้านจิตใจ และมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์จำนวน 48 คน ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อมูลเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ (Control extraneous variables) (Mann, 2001) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเพศ (Mitsonis et al., 2012) และระยะเวลาการเจ็บป่วย (นัทรมนต์ ฉิมสุข, 2555) เป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อภาวะกีดกันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน (รัตนศิริ ทาโต, 2552)

5. ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่ม (Random treatment) โดยการจับฉลากทีละคู่ เพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่ม ทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน และดำเนินการจนครบ 20 คู่ตั้งรายละเอียดขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่แสดงไว้ในแผนภาพที่ 2 และ 3

ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม Inclusion Criteria



ภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนการ Matched Pairs ของกลุ่มตัวอย่าง



ตารางที่ 2 ผลการจับคู่ลักษณะที่คล้ายคลึงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	เพศ	ระยะเวลาการเจ็บป่วย	เพศ	ระยะเวลาการเจ็บป่วย
1	ชาย	≤ 5 ปี	ชาย	≤ 5 ปี
2	หญิง	6 – 10 ปี	หญิง	6 – 10 ปี
3	หญิง	6 – 10 ปี	หญิง	6 – 10 ปี
4	หญิง	10 ปีขึ้นไป	หญิง	10 ปีขึ้นไป
5	ชาย	10 ปีขึ้นไป	ชาย	10 ปีขึ้นไป
6	หญิง	≤ 5 ปี	หญิง	≤ 5 ปี
7	หญิง	10 ปีขึ้นไป	หญิง	10 ปีขึ้นไป
8	หญิง	10 ปีขึ้นไป	หญิง	10 ปีขึ้นไป
9	ชาย	6 – 10 ปี	ชาย	6 – 10 ปี
10	หญิง	6 – 10 ปี	หญิง	6 – 10 ปี
11	หญิง	10 ปีขึ้นไป	หญิง	10 ปีขึ้นไป
12	หญิง	≤ 5 ปี	หญิง	≤ 5 ปี
13	หญิง	10 ปีขึ้นไป	หญิง	10 ปีขึ้นไป
14	ชาย	6 – 10 ปี	ชาย	6 – 10 ปี
15	หญิง	≤ 5 ปี	หญิง	≤ 5 ปี
16	หญิง	10 ปีขึ้นไป	หญิง	10 ปีขึ้นไป
17	หญิง	10 ปีขึ้นไป	หญิง	10 ปีขึ้นไป
18	หญิง	6 – 10 ปี	หญิง	6 – 10 ปี
19	หญิง	10 ปีขึ้นไป	หญิง	10 ปีขึ้นไป
20	หญิง	10 ปีขึ้นไป	หญิง	10 ปีขึ้นไป

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้มีคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ และระยะเวลาการเจ็บป่วย ดังนี้ 1) เพศ พบว่ากลุ่มทดลองมีเพศชายจำนวน 4 คน และเพศหญิง 16 คน และกลุ่มควบคุมมีเพศชายจำนวน 4 คน และเพศหญิง 16 คน เท่ากัน 2) ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 4 คน 6 - 10 ปีจำนวน 6 คน และ 10 ปีขึ้นไปจำนวน 10 คน เท่ากัน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมาแล้ว (รหัสโครงการ 02-032561 อนุมัติเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2561) โดยก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในวิจัยทุกชุด นำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

เมื่อพิจารณาผ่านการเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย จึงได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนของการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งการขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะสิ้นสุดกิจกรรมได้โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการการรักษาพยาบาล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบนอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ The Kessler Psychological Distress Scales (K10)

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย** คือ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) เพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีขั้นตอนดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมและป้องกันภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.2 กำหนดโครงสร้างของกิจกรรม วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการและการประเมินผลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดจากแนวคิดที่ศึกษาและจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม โดยใช้แนวคิดของ

Lazarus & Folkman (1984) โดยจำแนกเป็นการดำเนินการผ่านกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลนั้น (Cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “การสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับและให้ความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด”

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความไว้วางใจและความคุ้นเคยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการใช้สื่อสารทั้งทางด้านภาษาและท่าทาง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป ซึ่งผู้วิจัยแนะนำตนเองและบอกวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งกระบวนการรู้คิดในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น 3 ขั้นตอน คือการประเมินขั้นปฐมภูมิ การประเมินขั้นทุติยภูมิและการประเมินใหม่ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจในการประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นตามลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 “ประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์การดูแล”

สาระสำคัญ

การประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดตามแนวคิด Lazarus & Folkman (1984) ต้องผ่านกระบวนการรู้คิด ว่าสามารถพิจารณาตัดสินใจถึงความสำคัญของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร กระบวนการนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ซึ่งในการประเมินขั้นปฐมภูมิ เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของบุคคล โดยหากประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่มีความสำคัญต่อตนเอง หรือเป็นสถานการณ์ที่มีผลดีต่อตนเอง เช่น ทำให้มีกำลังใจหรือมีความสุขในชีวิต บุคคลก็มักตัดสินใจว่าไม่ต้องจัดการใดๆ กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สำหรับการประเมินทุติยภูมิ เป็นการประเมินว่าสถานการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 อย่างได้แก่ เกิดอันตรายหรือการสูญเสีย ถูกคุกคาม และทำลายต่อตนเอง บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดหากความเครียดไม่ลดลงหรือหมดไป บุคคลจะต้องเปลี่ยนการประเมินใหม่ว่ามีผลดีผลเสียกับตนเองหรือเป็นภาวะความตึงเครียดที่ยังคงมีอยู่

ขั้นตอนที่ 2. ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 “มารู้จักโรคจิตเภทกันเถอะ”

สาระสำคัญ

ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ อาการแสดง ความรุนแรงของโรค ยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของความเครียด จากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และนำไปสู่การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้บ่อยครั้ง ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการรักษา และมีความพร้อมในด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งสามารถลดความรู้สึกล้มเหลว ความรู้สึกเครียดและลดภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นหากผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลเกิดความหนักใจในการดูแลและไม่สามารถเผชิญกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจมาก และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรงและการเสื่อมถอยความสามารถของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจมาก

กิจกรรมที่ 4 “ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ”

สาระสำคัญ

การเผชิญความเครียด คือ ความพยายามของเราที่จะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยการแสดงออกทางอารมณ์และการกระทำเพื่อทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเบาลงได้ รูปแบบการเผชิญความเครียดแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นการจัดการกับสาเหตุของความเครียด โดยการหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาหลายๆวิธี แล้วพิจารณาข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือก ก่อนตัดสินใจเลือกและลงมือแก้ไขปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก ลดความตึงเครียด วิธีการนี้เป็นช่วยลดความไม่สบายใจเท่านั้น แต่ไม่ได้ช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้หมดไป การที่ผู้ดูแลที่มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่ำจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูง

กิจกรรมที่ 5 “ การจัดการกับอารมณ์ต่อความเครียด ”

สาระสำคัญ

การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ เป็นการเผชิญความเครียดที่มุ่งลดอารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่เป็นสุขไม่สบายใจโดยไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริง นำเอากระบวนการทางความคิดหรือการหรือการใช้กลไกทางจิต เกิดขึ้นในระดับที่ไม่รู้ตัวได้แก่ 1. การเปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ใหม่ เช่น การค้นหาข้อดีจากสถานการณ์นั้นใหม่ หรืออาจใช้กลไกทางจิต เช่น การปฏิเสธความจริง ซึ่งบิดเบือนความเป็นจริงและหลอกตัวเอง 2. การไม่ได้เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ เช่น หลีกเลียงไม่คิดถึง 3. กลยุทธ์ทางพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การสะกดจิต การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การระบายอารมณ์โกรธ การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น เป็นต้น

กิจกรรมที่ 6 “แหล่งประโยชน์ชุมชน”

สาระสำคัญ

แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) อาจเป็นบุคคล เช่น เพื่อน บุคคล ใกล้ชิด ครอบครัว และสังคมรอบข้างที่อาศัยอยู่ที่ทำให้การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ความรู้สึก เช่น ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ ยอมรับฟังความรู้สึก เป็นต้น หรือการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการเผชิญความเครียด การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือดังกล่าวทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่รักของคนใกล้ชิดส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อผู้ดูแลรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย ผู้ดูแลจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3. การประเมินใหม่ (Reappraisal)

กิจกรรมที่ 7 “การประเมินใหม่”

สาระสำคัญ

การประเมินใหม่ถือได้ว่าเป็นวิธีที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่จากการได้รับความรู้และการฝึกทักษะในการดูแลของแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมา และบุคคลจะประเมินซ้ำ เพื่อพิจารณาสถานการณ์นั้นว่ายังมีอันตรายอยู่หรือลดลง โดยสามารถแยกแยะได้ว่าการประเมินสถานการณ์ที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างไรบ้าง ซึ่งถือได้ว่าเป็นการประเมินขั้นปฐมภูมิใหม่อีกครั้งหนึ่ง จึงทำให้มีการตัดสินใจที่ดีขึ้นในการเผชิญความเครียดในครั้งต่อไป เป็นการทบทวนความรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยนำโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบเนื้อหาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับแนวคิดที่ศึกษา หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสม ถูกต้อง ภาษาที่ใช้และความเหมาะสมของกิจกรรม และเวลาในแต่ละกิจกรรม เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์

ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหากิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง โดยประเด็นที่ต้องปรับ ดังนี้

1.1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เพิ่มกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพโดยการให้สมาชิกเขียนป้ายชื่อด้วยตัวเอง พร้อมวาดภาพตกแต่งให้สวยงาม เพื่อให้สมาชิกทุกคนสามารถจำชื่อสมาชิกในกลุ่ม และกล้าที่จะเรียกชื่อและพูดคุยกันขึ้น และปรับแก้ไขความรู้ที่ 1/1 เรื่องกระบวนการประเมินทางสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยใช้กระบวนการรู้คิดจากแผนภาพเป็นเนื้อหาเพื่อให้สมาชิกสามารถทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้น

1.2 กิจกรรมที่ 2 เพิ่มใบงาน เรื่องประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์การดูแล และปรับแก้แบบประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยปรับข้อความคำถาม “ท่านคิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีผลต่อท่านอย่างไร” เป็น “ท่านคิดว่าสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทำให้ท่านมีความเครียดเป็นอย่างไร”

1.3 กิจกรรมที่ 3 เรื่องใบงานที่ 3/1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท จากเดิมให้สมาชิกตอบคำถามดังต่อไปนี้ โรคจิตเภทคืออะไร สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทมีอะไรบ้าง อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภทมีอะไรบ้าง การรักษาของโรคจิตเภท มีอะไรบ้าง และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภท เนื่องจากมีความยากเกินไป จึงปรับเปลี่ยนเป็นการใช้แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.4 กิจกรรมที่ 4 เรื่องวิธีการเผชิญความเครียดของฉันทน์ โดยปรับแก้ไขใบงานจากเดิมให้สมาชิกตอบคำถามเรื่องคุณมีวิธีการเผชิญความเครียดอย่างไรเมื่อรู้สึกเครียด พร้อมยกตัวอย่างสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยปรับเปลี่ยนเป็นตาราง ตามหัวข้อต่อไปนี้ ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ท่านทำอย่างไร และ ผลลัพธ์ที่ได้เป็นอย่างไร เพื่อให้สมาชิกสามารถตอบคำถามได้ง่ายขึ้น

1.5 กิจกรรมที่ 6 ใบงานที่ 6/1 เข้าถึงแหล่งประโยชน์ชุมชนได้อย่างไร จากเดิมให้สมาชิกตอบคำถามเรื่องคุณมีวิธีเข้าถึงแหล่งประโยชน์ชุมชนได้อย่างไร และได้ปรับเปลี่ยนข้อความคำถามดังต่อไปนี้ บุคคลใดบ้างที่สามารถให้การช่วยเหลือท่านเมื่อเกิดปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สถานที่ใดบ้างที่ท่านสามารถเข้าไปขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีอย่างไรบ้าง

1.6 คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ควรปรับตัวหนังสือให้ใหญ่ขึ้น และปรับภาษาให้อ่านและเข้าใจง่ายขึ้น

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) หลังจากได้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้วิจัยนำโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่ม

ตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 4 คน เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 7 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ของกิจกรรมก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ความชัดเจนของเนื้อหาในทุกกิจกรรม ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของระยะเวลา ที่ใช้หลังจากนั้นจะมีการทบทวนถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นพร้อมทั้งนำโปรแกรมมาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการดำเนินการวิจัยจริง หลังจากทดลองใช้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดแล้ว พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าใจในเนื้อหากิจกรรมต่างๆได้ดีพอสมควร ระยะเวลามีความเหมาะสม โดยใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งละประมาณ 60 - 90 นาที หลังจากได้การทดลองใช้ (Try out) โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดแล้ว ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจาก ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริง ดังต่อไปนี้

2.1 แบบประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้เพิ่มคำอธิบายลักษณะความเครียดที่เกิดขึ้น ได้แก่ เกิดอันตรายหรือสูญเสีย ถูกคุมคาม และ ทำร้าย ดังนี้ เกิดอันตรายหรือสูญเสีย คือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นหลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่งผลให้เกิดความเสียหายกับตนเองในเวลาปัจจุบัน ถูกคุกคาม คือ สถานการณ์ที่อาจเกิดการสูญเสียในอนาคตหรืออาจเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความยุ่งยากตามมาในภายหลัง และความทำร้าย คือ สถานการณ์ที่อาจจะก่อให้เกิดอันตรายหรือความเสียหาย และคาดการณ์ว่าสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้อย่างแน่นอน

2.2 แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากเดิมมีข้อคำถาม 19 ข้อเพิ่มเป็น 20 ข้อ เนื่องจากคำถามข้อที่ 14 ถูกลบไป ซึ่งข้อคำถามข้อที่ 14 คือ ผู้ป่วยเอะอะอาละวาด ตาขวาง ทำลายข้าวของ ผู้ดูแลควรพูดเสียงดังและใช้กำลังเพื่อให้ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรมนั้น

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ The Kessler Psychological Distress Scale (K10) ที่สร้างขึ้นโดย Kessler et al. (2002) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อคำถามเพื่อประเมินระดับอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลจากภาวะกดดันด้านจิตใจในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0 - 4 คะแนน) ระดับคะแนนเริ่มต้นจาก 0 - 40 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถาม มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ (1 - 5 คะแนน) คือ

คะแนน 1 หมายถึง ไม่เลย

คะแนน 2 หมายถึง เล็กน้อย

คะแนน 3 หมายถึง บางเวลา

คะแนน 4 หมายถึง เกือบตลอดเวลา

คะแนน 5 หมายถึง ตลอดเวลา

เกณฑ์การแปลผลคะแนน นำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน โดยการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
10-15	มีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ
16-24	มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับปานกลาง
25-29	มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับมาก
30-50	มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ทำการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน เพื่อทดสอบความตรงตามเนื้อหาความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้อง และภาษาที่ใช้ โดยนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งมีคะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้เขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างของแต่ละข้อ และนำมาตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันในระดับ 3 และ 4 โดยค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Beck, 2008) ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้สูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ The Kessler Psychological Distress Scale (K10) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 ดังนั้นแบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้

ข้อ 9 “ บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกเศร้ามากเสียจนไม่มีสิ่งใดเลยที่จะทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้น” เป็น “บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกหดหู่เสียจนไม่มีสิ่งใดเลยที่จะทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้น”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ The Kessler Psychological Distress Scale (K10) ที่ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้อมาหาค่าความเที่ยงวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ใช้เกณฑ์คือมากกว่าหรือเท่ากับ .80 (Polit & Beck, 2008) เป็นค่าที่ยอมรับได้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามนี้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

3. เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย นัทธมนต์ ฉิมสุข (2555) ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) โดยใช้แนวคิดของ Jalowiec (1987) โดยแบบวัดครอบคลุมการเผชิญความเครียดในด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ซึ่งเป็นข้อคำถามเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ดังนี้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
เป็นความจริงทั้งหมด	ข้อความนี้ตรงกับความคิดการกระทำและความรู้สึกทุกครั้ง	4	1
เป็นความจริงบ่อยครั้ง	ข้อความนี้ตรงกับความคิดการกระทำและความรู้สึกส่วนมาก	3	2
เป็นความจริงน้อยครั้ง	ข้อความนี้ตรงกับความคิดการกระทำและความรู้สึกบางครั้ง	2	3
ไม่เป็นจริง	ข้อความนี้ไม่ตรงกับความคิดการกระทำและความรู้สึกเลย	1	4

ข้อคะแนนทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 20, 21, 22, 25, 27, 28, 32

ข้อคะแนนทางลบ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 14, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 26, 29, 30, 31

การคิดคะแนนและการแปลผล

คิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาการเผชิญความเครียดแต่ละประเภทแยกจากกันและการเผชิญความเครียดโดยรวมให้ผู้ตอบประเมินข้อความใน

แต่ละข้อด้วยคะแนน 1 - 4 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของการเผชิญความเครียด สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูต (2542) โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.00	หมายถึง มีความสามารถในการเผชิญความเครียดมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49	หมายถึง มีความสามารถในการเผชิญความเครียดปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49	หมายถึง มีความสามารถในการเผชิญความเครียดน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49	หมายถึง มีความสามารถในการเผชิญความเครียดน้อยที่สุด

โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์ในการกำกับการศึกษาไว้ว่าหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดในระดับปานกลางขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ทำการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน เพื่อทดสอบความตรงตามเนื้อหาความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้อง และภาษาที่ใช้ โดยนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งมีคะแนนความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้เขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างของแต่ละข้อ และนำมาตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันในระดับ 3 และ 4 โดยค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Beck, 2008) ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้สูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการเผชิญความเครียด ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดังนั้นแบบวัดการเผชิญความเครียดที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ดังนี้

ข้อ 1 “ท่านแยกแยะปัญหาที่เกิดขึ้นออกเป็นประเด็นย่อยๆ” เป็น “ท่านพยายามแก้ปัญหาโดยแยกแยะปัญหาเป็นประเด็นย่อยๆ”

ข้อ 7 “ท่านเลือกใช้วิธีที่ดีที่สุดในการจัดการปัญหา” เป็น “วิธีจัดการกับปัญหาที่ท่านใช้ได้ดี”

ข้อ 13 “ท่านตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา” เป็น “ท่านตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา

ข้อ 27 “ท่านเชื่อว่าเหตุการณ์ต่างๆมีจุดจบเสมอ” เป็น “ท่านเชื่อว่าเหตุการณ์ต่างๆสามารถแก้ไขได้เสมอ”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดการเผชิญความเครียดที่ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา และปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ใช้เกณฑ์คือมากกว่าหรือเท่ากับ .80 (Polit & Beck, 2008) เป็นค่าที่ยอมรับได้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามนี้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

1.2 พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและฝึกทักษะการใช้แบบประเมินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

1.4 หลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา ได้รับการอนุมัติใน วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ.2561

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือ

จากหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ งานสุขภาพจิตและจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

1.6 ผู้วิจัยแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วม การวิจัย

1.7 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองโดย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนและตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน โดยได้ดำเนินการจับคู่กลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ได้แก่ เพศ (Mitsonis et al., 2012) ซึ่งเป็นเพศเดียวกัน และระยะเวลาการเจ็บป่วย (นัทธมนต์ จิมสุข, 2555) ซึ่งแบ่งเป็นช่วงดังนี้ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี, 6 – 10 ปี, มากกว่า 10 ปีขึ้นไป จากนั้นใช้การสุ่มด้วยการจับฉลากแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมจนครบ 20 คู่ จนได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงาน สุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์จัดให้มีขึ้น

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการ เผชิญความเครียด ซึ่งเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ใช้เวลาดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 -2 กิจกรรม รวมทั้งหมด 7 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม ตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดระหว่างเดือนเมษายน 2561 ถึง พฤษภาคม 2561 รายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดในแต่ละ กิจกรรม สรุปได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับและให้ความรู้เรื่องการ ประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และ ประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงกระบวนการรู้คิดในการปรับตัวต่อสถานการณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. มีความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป
2. บอกวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับหลังการเข้าร่วมกิจกรรม
3. บอกถึงขั้นตอนของกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความไว้วางใจและความคุ้นเคยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการใช้สื่อสารทั้งทางด้านภาษาและท่าทาง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป ซึ่งผู้วิจัยแนะนำตนเอง และบอกวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งกระบวนการรู้คิดในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น 3 ขั้นตอน คือ การประเมินขั้นปฐมภูมิ การประเมินขั้นทุติยภูมิและการประเมินใหม่ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจในการประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นตามลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนมากขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ดินสอสี/ปากกา และกระดาษ
3. ใบความรู้ที่ 1/1 กระบวนการประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยใช้กระบวนการรู้คิด

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพโดยการสบตา ยิ้มแย้มแจ่มใส และพูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร โดยการชักถามเรื่องทั่วไปเป็นรายบุคคล เช่น “เมื่อคืนนอนหลับสบายดีไหมคะ” “เช้านี้ทานข้าวกับอะไรมาคะ” “เดินทางมาโรงพยาบาลอย่างไรคะ” เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกเขียนป้ายชื่อของตนเอง พร้อมทั้งวาดภาพตกแต่งให้สวยงาม พร้อมทั้งให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเอง โดยผู้วิจัยให้ความสนใจและตั้งใจฟังในขณะที่สมาชิกทุกคนแนะนำตัว
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดในแต่ละกิจกรรม และระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม ประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย
4. ผู้วิจัยแจ้งวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป คือ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนรินทร์

5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยใช้กระบวนการรู้คิดตามใบความรู้ที่ 1/1

6. เปิดโอกาสให้สมาชิก ซักถามและแสดงความคิดเห็น

7. ผู้วิจัยแจ้งวัน เวลา และ สถานที่ในการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ในกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ในกิจกรรมผู้วิจัยให้สมาชิกเขียนชื่อพร้อมทั้งตกแต่งให้สวยงามลงบนป้ายชื่อคล้องคอในการร่วมกิจกรรมครั้งนี้ พบว่าส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับพยาบาล และระหว่างสมาชิกในกลุ่มโดยประเมินจากสังเกตจากพฤติกรรม สีหน้า ท่าที การสนทนา และความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองกับสมาชิกในกลุ่ม และรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ดังตัวอย่างเช่น

“เป็นครั้งแรกที่มาร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่มารับยาให้ยังไม่รู้ว่าเค้าเป็นโรคอะไร รู้แต่ว่าเป็นโรคประสาท ดีใจมากเลยที่พยาบาลจะมาให้ความรู้ในครั้งนี้”

“ดีใจมากเลยที่ได้รู้จักกับเพื่อนใหม่ๆ ที่เป็นคนดูแลเหมือนกัน หลายคนก็มาไกลมากเลยนะค่ะ”

“เป็นกิจกรรมที่น่าจะเป็นประโยชน์มากเลย เพราะว่าผมอยู่กับคนไข้ทุกวันจะได้ดูแลเค้าอย่างถูกต้อง”

“กิจกรรมดีๆแบบนี้มาจัดทุกๆปีนะค่ะ”

สำหรับกิจกรรมให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด ผู้วิจัยเน้นการให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิดในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นปฐมภูมิ ขั้นทุติยภูมิ และการประเมินใหม่ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจในการประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนมากขึ้น โดยสังเกตความสนใจของสมาชิก พบว่าสมาชิกให้ความสนใจเกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด เริ่มมีการพูดคุยโต้ตอบกับสมาชิกคนอื่นๆ ดังตัวอย่างเช่น

“ปกติเวลาเกิดความเครียด ไม่คิดว่าคนเราจะมีการประเมินเป็นขั้นตอนแบบนี้ด้วย”

“บ่าคิดว่าทุกคนปัญหาต่างหากัน อยู่ที่เราเองว่าจะแก้ปัญหาอย่างไร”

“ถ้าเราประเมินสถานการณ์ให้มันเป็นเราความท้าทาย เราก็จะไม่เครียดและแก้ปัญหาได้”

จากการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความเข้าใจถึงการประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง และพร้อมที่จะประเมินสถานการณ์จากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในขั้นตอนต่อไป

กิจกรรมที่ 2 ประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์การดูแล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินสถานการณ์ความเครียดที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่าส่งผลกระทบอย่างไรต่อผู้ดูแลจากการประเมินว่าเป็นความเครียด
3. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสำรวจปัญหา อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงต่อผู้ป่วยจิตเภทจากการประเมินว่าเป็นความเครียด

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกถึงปัญหาหรือสถานการณ์จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้
2. บอกถึงวิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองหลังให้การดูแลผู้ป่วยได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา และกระดาน
2. ใบความรู้ที่ 2/1 ความเครียดและการประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด
3. ใบงานที่ 2/1 ประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์การดูแล

สาระสำคัญ

การประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดตามแนวคิด Lazarus & Folkman (1984) ต้องผ่านกระบวนการรู้คิด ว่าสามารถพิจารณาตัดสินใจถึงความสำคัญของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร กระบวนการนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ซึ่งในการประเมินขั้นปฐมภูมิ เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของบุคคล โดยหากประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่มีความสำคัญต่อตนเอง หรือเป็นสถานการณ์ที่มีผลดีต่อตนเอง เช่น ทำให้มีกำลังใจหรือมีความสุขในชีวิต บุคคลก็มักตัดสินใจว่าไม่ต้องจัดการใดๆ กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สำหรับการประเมินทุติยภูมิ เป็นการประเมินว่าสถานการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะได้แก่ เกิดอันตรายหรือการสูญเสีย ถูกคุกคาม และทำร้ายต่อตนเอง บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดหากความเครียดไม่ลดลงหรือหมดไป บุคคลจะต้องเปลี่ยนการประเมินใหม่ว่ามีผลดีผลเสียกับตนเองหรือเป็นภาวะความตึงเครียดที่ยังคงมีอยู่

กิจกรรม

1. กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆ ไปกับสมาชิก
2. ทบทวนความรู้เรื่องการประชุมสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิดจากกิจกรรมที่ 1 และให้ความรู้เรื่องการประชุมสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จากใบความรู้ที่ 2/1 ความเครียดและการประชุมสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด
3. ให้สมาชิกทุกคนประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจากใบงานที่ 2/1 เรื่องการประชุมการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์การดูแล โดยใช้ความรู้และประสบการณ์จากการดูว่าเป็นมีผลต่อตนเองหรือไม่ จากแบบประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ผู้วิจัยให้สมาชิกบอกถึงปัญหาหรือสถานการณ์จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้
5. ผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการประชุมสถานการณ์ความเครียดแบบทำท่าย โดยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงข้อดีและข้อเสียของการประเมินสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกอารมณ์ทางบวก เช่น ความหวัง ความเชื่อมั่น ความตื่นตันที่จะเรียนรู้และมุ่งหวังที่จะเอาชนะสถานการณ์ที่จะเกิดตามมา

การประเมินผล

ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลจากกิจกรรมที่ 1 และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจากการประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ประเมินสถานการณ์ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบคุกคาม ร้อยละ 50 รองลงมาประเมินสถานการณ์ความเครียดแบบเกิดอันตรายหรือสูญเสีย และ ทำท่าย จำนวน เท่ากัน คือ ร้อยละ 20 และ ประเมินสถานการณ์ความเครียดว่าไม่มีผลได้ผลเสีย ร้อยละ 10

จากการเขียนตอบในใบงาน และการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ดังตัวอย่างเช่น

“ไม่ทำตามที่เราบอก ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลคือ ทำให้หงุดหงิด โมโห”

“ดูแลเอาใจให้กินทุกเวลาถ้าไม่เอาใจให้กินเขาก็ไม่กิน ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลคือทำให้แม่รู้สึกเสียใจ อยู่ๆ ลูกก็เป็นแบบนี้”

“ไม่มีคนดูแลช่วยเพราะญาติแต่ละคนเขาก็มีหน้าที่ การงานที่จะต้องรับผิดชอบ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลคือ ไม่ค่อยมีเวลาให้ลูกๆเท่าที่ควรเพราะเราต้องแบ่งเวลาดูแลผู้ป่วยด้วย”

จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ถึงรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากผู้ดูแล ซึ่งแสดงออกมาทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ได้อย่างชัดเจน พร้อมทั้งฝึกการประเมินสถานการณ์แบบท่ายาย โดยฝึกสมาชิกเกิดความรู้สึกอารมณ์ทางด้านบวก เช่น ความหวัง ความเชื่อมั่นและคาดการณ์ว่าจะสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ ได้ ดังตัวอย่างเช่น

“ไม่ว่าเขาจะสร้างปัญหาต่างๆมาให้เรา ที่ผ่านมาก็สามารถจัดการได้เกือบทุกครั้งแล้วเราก็สู้ต่อไป ยังไงเขาก็เป็นคนในครอบครัวเดียวกับเรา ยังไงเราก็รักเขา”

จากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม การร่วมแสดงความคิดเห็น และการซักถามปัญหาต่างๆ แสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รับรู้ถึงปัญหาและผลกระทบจากความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ดูแลเพื่อนำมาใช้ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3 “มารู้จักโรคจิตเภทกันเถอะ”

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ ความรุนแรงของโรค และการรักษาของโรคจิตเภท รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ในเรื่องยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกถึงสาเหตุ อาการแสดง ความรุนแรงของโรคและการรักษาโรคจิตเภท รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
2. บอกถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยาได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ
2. ใบความรู้ที่ 3/1 มารู้จักกับโรคจิตเภทกันเถอะ
3. ใบงานที่ 3/1 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test)

4. ใบความรู้ที่ 3/2 ยานี้สำคัญไฉน
5. ใบงาน 3/2 การจับคู่บัตรคำยานี้สำคัญไฉน

สาระสำคัญ

ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ อาการแสดง ความรุนแรงของโรค ยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของความเครียด จากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และนำไปสู่การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้บ่อยครั้ง ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการรักษา และมีความพร้อมในด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งสามารถลดความรู้สึกล้มเหลว ความรู้สึกเครียดและลดภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ หากผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลเกิดความหนักใจในการดูแลและไม่สามารถเผชิญกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจมาก และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรงและการเสื่อมถอยความสามารถของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจมาก

กิจกรรม

1. กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปกับสมาชิก
2. ผู้วิจัยประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากใบงานที่ 3/1 ความรู้โรคจิตเภท บอกคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคลและสรุปรวมทั้งกลุ่ม ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีระดับคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าร้อยละ 80
3. เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
4. ให้ความรู้เรื่อง “โรคจิตเภทและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” จากใบความรู้ที่ 3/1 มารู้จักกับโรคจิตเภทกันเถอะ
5. ให้ความรู้ทั่วไปเรื่องยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา จากใบความรู้ที่ 3/2 ยานี้สำคัญไฉน
6. ผู้วิจัยฝึกทักษะเรื่องอาการข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา โดยให้สมาชิกจับคู่บัตรคำระหว่างอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้นจาก ใบงาน 3/2 การจับคู่บัตรคำยานี้สำคัญไฉน
7. นัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ ความรุนแรงของโรคและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) พบว่า

ร้อยละ 40 มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง และ ร้อยละ 60 มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก

ประเด็นที่สมาชิกยังขาดความรู้ได้แก่

- สาเหตุของโรคจิตเภทไม่ใช่เกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง
- โรคจิตเภทเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น ผีเข้า โดนของ
- โรคจิตเภทเมื่อรักษาแล้ว จะหายขาดและไม่มีโอกาสเป็นซ้ำ
- ถ้าผู้ป่วยแยกตัว ไม่สังคมกับใคร ควรให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ไม่ควรให้ใครเข้าไปรบกวน
- ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ควรให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเฉยๆ โดยไม่ต้องทำอะไรเลย

เพื่อจะได้ไม่รบกวนผู้อื่น

- ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ พูดคนเดียว มีท่าไม่ไวใจใคร ควรรอดูอาการไปก่อน จนถึงวันนัดจึงมาพบแพทย์

จากการที่ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ ความรุนแรงของโรคและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลให้ความสนใจ และตั้งใจฟังเป็นอย่างมาก พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการ และสาเหตุของโรคดังนี้

“ลูกชายมีอาการหูแว่ว บอกว่ามีคนจะมาทำร้ายร่างกาย”

“ลูกสาวบอกว่าเห็นผีอยู่ในห้อง แล้วบอกแม่ว่าอย่าเพิ่งเข้าไป รอผีมันออกไปก่อน”

“ภรรยาผมมีความเชื่อในเรื่องพระเจ้ามาก ทุกวันเสาร์ไปเกือบทุกโบสถ์เลย ซึ่งเวลาเขาไปผมก็ต้องไปด้วยทุกครั้ง”

“สาเหตุการเกิดโรคน่าจะมาพันธุกรรมจริงแหละ หนูต้องดูแลทั้งแม่และพี่สาวเลยคะ”

จากกิจกรรมฝึกทักษะเรื่องอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้น ให้ความรู้เรื่องอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้น จากการสังเกตผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ดังนี้

“ลูกเคยมีอาการลิ้นแข็งพูดไม่ชัดในระยะแรกตอนหมอเปลี่ยนยาให้ แต่หมอก็บอกว่าจะให้ยาเม็ดขาวๆไปด้วย เพื่อไม่ให้ลิ้นแข็ง แต่อาการนี้มันก็หายไปเองนะ”

“พ่อมีอาการหิวน้ำบ่อยมาก และชอบดื่มน้ำแป๊ปซี่ มันอาจจะเป็นอาการข้างเคียงก็ได้เนาะ”

พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลฝึกทักษะเรื่องอาการข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา โดยให้สมาชิกจับคู่บัตรคำระหว่างอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้น ซึ่งพบว่าสมาชิกส่วนใหญ่สามารถจับคู่บัตรคำได้อย่างถูกต้อง แต่จะมีบัตรคำเรื่องมีไข้ เจ็บคอ เป็นหวัด ท้องเสีย ผื่นขึ้นตามผิวหนัง ซึ่งสมาชิกไม่ทราบว่าควรปรึกษาจิตแพทย์ หรือหากปรึกษากับแพทย์ทั่วไปต้องแจ้งโรคทางจิตเวชของตน และยาที่รับประทานอยู่เป็นประจำให้ทราบด้วย

จากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม การร่วมแสดงความคิดเห็น และการซักถามปัญหาต่างๆ แสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม รวมถึงการทำกิจกรรมจากใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการแสดง ความรุนแรงของโรคและการรักษาของโรคจิตเภท รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความรู้ในเรื่องยา ผลข้างเคียงและการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยาซึ่งหากผู้ดูแลรับรู้ความรุนแรงของโรคจิตเภทอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับลักษณะอาการของโรค จะทำให้ลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Mitsonis et al., 2012)

กิจกรรมที่ 4 “ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ”

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ในเรื่องการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีทักษะการเผชิญความเครียดโดยใช้แนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกถึงรูปแบบของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา
2. บอกถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ
2. ใบงานที่ 4/1 วิธีการเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบความรู้ที่ 4/1 เรื่องการเผชิญความเครียด

สาระสำคัญ

การเผชิญความเครียด คือ ความพยายามของเราที่จะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยการแสดงออกทางอารมณ์และการกระทำ เพื่อทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเบาลงได้ รูปแบบการเผชิญความเครียดแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ คือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นการจัดการกับสาเหตุของความเครียด โดยการหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาหลายๆวิธี พิจารณาข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือก ก่อนตัดสินใจเลือกและลงมือแก้ไขปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก ลดความตึงเครียด วิธีการนี้เป็นช่วยลดความไม่สบายใจ

เท่านั้น แต่ไม่ได้ช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นให้หมดไป การที่ผู้ดูแลที่มีการเผชิญความเครียดมั่งแก้ปัญหาต่ำจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูง

กิจกรรม

1. กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆไปกับสมาชิก
2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยให้สมาชิกเล่าถึงสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาจากสถานการณ์นั้นๆ
4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเผชิญความเครียดกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านร่วมกัน
5. ผู้วิจัยสรุปแนวทางในการเผชิญความเครียด ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา
6. นัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ในกิจกรรมให้ความรู้เรื่องความหมายของความเครียด รูปแบบการเผชิญความเครียด ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบอกถึงสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน วิธีจัดการ และผลลัพธ์ที่ได้เป็นอย่างไร ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ปัญหาของผู้ป่วยคือชอบเก็บตัว ไม่สังคมกับใคร ผมคิดก่อนที่เขาสามารถช่วยอะไรได้บ้าง และบอกให้เขาช่วยงานบ้านและงานสังคมเล็กๆน้อยๆ ผลที่ได้คือเขาไม่เบื่อและช่วยงานสังคมได้”

“บางครั้งผู้ป่วยไม่ยอมกินยา พี่ก็จะหาสาเหตุว่าทำไมถึงไม่กินยาและจะค่อยๆพูดกับเขาเรื่องข้อดีของการทานยา ผลที่ได้คือผู้ป่วยก็ยอมทาน”

“ผู้ป่วยหวาดระแวงเรื่องชู้สาวเวลาผมออกไปงาน ผมก็โทรหาเขาตลอดเวลาผมออกไปงาน ผลที่ได้คือผู้ป่วยสบายใจขึ้นและหวาดระแวงลดลง”

จากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม การร่วมแสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม รวมถึงการทำกิจกรรมจากใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 “ การจัดการกับอารมณ์ต่อความเครียด ”

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทราบแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกถึงวิธีการคลายความเครียดแบบต่างๆ และแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ
2. มีทักษะในการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด และสามารถเลือกวิธีการคลายความเครียดที่เหมาะสมได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ
2. ใบความรู้ที่ 5/1 การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์
3. ใบความรู้ที่ 5/2 การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

สาระสำคัญ

การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ เป็นการเผชิญความเครียดที่มุ่งลดอารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่เป็นสุขไม่สบายใจโดยไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริง นำเอากระบวนการทางความคิดหรือการใช้กลไกทางจิตที่เกิดขึ้นในระดับที่ไม่รู้ตัวได้แก่ 1. การเปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ใหม่ เช่น การค้นหาข้อดีจากสถานการณ์นั้นใหม่ หรืออาจใช้กลไกทางจิต เช่น การปฏิเสธความจริง ซึ่งบิดเบือนความเป็นจริงและหลอกตัวเอง 2. การไม่ได้เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ เช่น หลีกเลียงไม่คิดถึง 3. กลยุทธ์ทางพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การสะกดจิต การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การระบายอารมณ์โกรธ การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น เป็นต้น

กิจกรรม

1. กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆไปกับสมาชิกและทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งที่แล้ว
2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ จากใบความรู้ใบความรู้ที่ 5/1 การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ และใบความรู้ที่ 5/2 การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
3. เปิดโอกาสให้สมาชิกทำกิจกรรมร่วมกัน โดยใช้การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ โดยให้สมาชิกฝึกการผ่อนคลายความเครียด ด้วยเทคนิคการฝึกการหายใจ และเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นว่ามีความรู้สึกละอายใจอย่างไรหลังจากได้รับการฝึกการผ่อนคลายความเครียด

5. ผู้วิจัยบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกการผ่อนคลายความเครียดในครั้งนี้ และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย

6. นัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ในกิจกรรมผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ พร้อมกับทั้งฝึกการหายใจและฝึกทักษะการเกร็งและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุยถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดรูปแบบต่างๆ ดังนี้

“เวลาเครียดพี่ก็จะไปร้องเพลงกับเพื่อนๆ เพราะไม่ให้คิดมาก”

“เวลาเครียดพี่ก็จะไปสวนมนต์ นั่งสมาธิที่วัด มันก็ทำให้พี่หายเครียดและสบายใจมากขึ้น”

“เวลาเครียดผมก็จะชอบนั่งอยู่คนเดียว เงียบ สงบสติอารมณ์ แล้วค่อยคุยกันใหม่”

“เวลาเครียด พี่ก็จะทำงานบ้านไปเรื่อยๆ แล้วมันก็จะหายเครียดไปเอง”

จากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม การร่วมแสดงความคิดเห็นของสมาชิกใน แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทวิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันไป แต่วิธีการเผชิญความเครียดเหล่านี้ก็ช่วยลดความเครียดให้กับสมาชิกได้เป็นอย่างดี

ปัญหาที่พบในกิจกรรมการฝึกหายใจ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการถกเถียงเรื่องการหายใจเข้าท้องพองหรือท้องยุบ ซึ่งยังมีผู้ดูแลบางท่านบอกว่าการหายใจเข้าท้องยุบ หลังจากให้ความรู้เกี่ยวกับหายใจและฝึกการหายใจให้กับผู้ดูแลแล้วผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการหายใจได้อย่างถูกต้อง

จากกิจกรรมการเกร็งและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อพบว่าสมาชิกให้ความสนใจในกิจกรรมนี้เป็นอย่างดี ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“พี่จะนำท่าที่พยาบาลสอนไปสอนญาติด้วย ป้าว่ามันผ่อนคลายดี”

“ถ้าลู่วางจากการทำงานลู่วางจะฝึกการเกร็งและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อบ่อยๆ”

“เราไม่เคยคลายกล้ามเนื้อเลย ใช้งานมันอย่างเดียว ท่าแบบนี้ช่วยได้เยอะเลยคะ”

ผลลัพธ์ของการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกหายใจและการเกร็งและการคลายกล้ามเนื้อ แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับในวิธีการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังสามารถเลือกวิธีการคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ รวมถึงการเห็นถึงข้อดีของการผ่อนคลายความเครียดเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้องเพื่อลดความเครียด

กิจกรรมที่ 6 แหล่งประโยชน์ชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงประเภทของแหล่งประโยชน์ และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

บอกถึงประเภทและความสำคัญของแหล่งประโยชน์ได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา และกระดาน
2. ใบความรู้ 6/1 เรื่องความสำคัญของแหล่งประโยชน์
3. ใบงานที่ 6/1 เข้าถึงแหล่งประโยชน์ชุมชนได้อย่างไร

สาระสำคัญ

แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) อาจเป็นบุคคล เช่น เพื่อน บุคคล ใกล้ชิด ครอบครัว และสังคมรอบข้างที่อาศัยอยู่ให้การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ความรู้สึก เช่น ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ ยอมรับฟังความรู้สึก เป็นต้น หรือการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการเผชิญความเครียด การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือดังกล่าวทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่รักของคนใกล้ชิดส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อผู้ดูแลรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย ผู้ดูแลจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น

กิจกรรม

1. กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วๆไปกับสมาชิก
2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความหมาย ประเภท และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน จากใบความรู้ 6/1 เรื่องความสำคัญของแหล่งประโยชน์
3. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่อยู่ในชุมชนที่ตนเองนึกถึง พร้อมทั้งให้สมาชิกได้มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน จากใบงานที่ 6/2 เข้าถึงแหล่งประโยชน์ชุมชนได้อย่างไร
4. ผู้วิจัยสรุปถึงประเภทและความสำคัญของแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในชุมชนได้
5. นัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

ในกิจกรรมผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ในชุมชน ปัญหาจากกิจกรรมนี้คือผู้ดูแลบ้านท่านยังคิดไม่ออกว่ามีการสนับสนุนทางสังคมอย่างไรบ้าง ดังตัวอย่างเช่น

“ฉันคิดว่ามีแต่พี่น้องเท่านั้นแหละที่ช่วยเราได้ ไม่เห็นจะมีใครเลยที่ช่วยเหลือเรา”

“ป้าก็มีแต่โรงพยาบาลจิตเวชที่นี่แหละที่เขาคอยช่วยเหลือ”

“ป้าคิดไม่ออกเลยว่าป้าได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีอะไรบ้าง ป้าเองก็ไม่อยากให้ใครต้องมาเดือดร้อนด้วย”

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจในการฟัง การร่วมแสดงความคิดเห็นการซักถามปัญหาต่างๆ สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่อยู่ในชุมชนที่ตนเองนึกถึง รวมถึงการทำกิจกรรมจากใบงาน แสดงให้เห็นว่าสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น และเห็นความสำคัญของแหล่งสนับสนุนทางสังคม อีกทั้งสมาชิกได้มีการสนับสนุนซึ่งกันและกันโดยการแสดงความเห็นใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันและให้แหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 7 การประเมินใหม่

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ทบทวนความรู้ที่ได้รับในทุกกิจกรรม และนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินสถานการณ์เดิมอีกครั้ง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถแยกแยะถึงผลดีและผลเสียที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเข้าใจ มั่นใจ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. อธิบายถึงความรู้ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง
2. บอกถึงผลดีและผลเสียที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ได้
3. มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา และกระดาษ
2. ใบงานที่ 7/1 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)
3. ใบงานที่ 7/2 ทบทวนความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดและการแก้ไขปัญหา ทักษะการ

จัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาและการรับรู้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน

4. แบบประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ครั้งที่ 2)

สาระสำคัญ

การประเมินใหม่ถือได้ว่าเป็นวิธีที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่จากการได้รับความรู้และการฝึกทักษะในการดูแลของแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมา และบุคคลจะประเมินซ้ำ เพื่อพิจารณาสถานการณ์นั้นว่ายังมีอันตรายอยู่หรือลดลง โดยสามารถแยกแยะได้ว่าการประเมินสถานการณ์ที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างไรบ้าง ซึ่งถือได้ว่าเป็นการประเมินขั้นปฐมนิเทศใหม่อีกครั้งหนึ่ง จึงทำให้มีการตัดสินใจที่ดีขึ้นในการเผชิญความเครียดในครั้งต่อไป เป็นการทบทวนความรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในกลุ่ม วันนี้เราพบกันเป็นครั้งสุดท้ายแล้วนะคะ และเปิดโอกาสให้พูดคุยเรื่องทั่วไป
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มทบทวนความรู้ที่ได้รับในกิจกรรมครั้งที่ 1 - 6 โดยให้สมาชิกจับฉลากตามหมายเลขหัวข้อเรื่อง แบ่งกลุ่มๆละ 3 - 4 คน และให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันสรุปกลุ่มละ 1 เรื่องๆละ 5 นาที ดังนี้
3. ทบทวนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) จากใบงานที่ 7/1 ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีระดับคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าร้อยละ 80
4. ทบทวนความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดและการแก้ไขปัญหา รวมถึงทักษะการจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา จากใบงานที่ 7/2
5. ทบทวนความรู้เรื่อง การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์โดยการฝึกหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จากใบงานที่ 7/2
6. การพัฒนาการรับรู้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน จากใบงานที่ 7/2 ทบทวนการรับรู้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน
7. หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยใช้สถานการณ์ที่ประเมินจากกิจกรรมที่ 2 มาเป็นหัวข้อหลัก และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเมินสถานการณ์จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทใหม่อีกครั้งว่าสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบอย่างไร

การประเมินผล

โดยให้สมาชิกทบทวนความรู้ที่ได้รับในกิจกรรมครั้งที่ 3-6 พร้อมให้สมาชิกสรุปหัวข้อที่ได้ลงในใบงานที่ได้รับมอบหมาย พร้อมทั้งให้สมาชิกสรุปหัวข้อที่ได้รับมอบหมาย หัวข้อละ 5 นาที ผลลัพธ์

ที่ได้คือสมาชิกให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆเป็นอย่างดี มีการแสดงความคิดเห็น พูดโต้ตอบกับสมาชิกภายในกลุ่มอย่างเป็นกันเอง

หัวข้อที่ 1 เรื่องความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรคจิตเภทเกิดจากการมีความคิดที่ผิดปกติไปจากคนอื่น ทำให้มีอาการแปลกๆ เช่น เชื่อเรื่องคิดว่าตนเองเป็นศิษย์ของพระเจ้าจะชอบนั่งสมาธินานๆ สาเหตุอาจเกิดจากพันธุกรรม การรักษาต้องกินยาต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง ผู้ดูแลควรจะพาผู้ป่วยมารับยาตามนัด ดูแลให้กินยาสม่ำเสมอ สังเกตอาการผิดปกติเช่น หงุดหงิด โวยวายมากกว่าปกติ

จากการสังเกต และสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการแสดง ความรุนแรงของโรคและการรักษาของโรคจิตเภท รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้อง และสมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคจิตเภทและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

หัวข้อที่ 2 เรื่องการเผชิญความเครียดและการแก้ไขปัญหารวมถึงทักษะการจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา

ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยมีความหวาดระแวงเรื่องขู่สาว เนื่องจากมีหัวหน้าผู้หญิงเคยโทรศัพท์มาถามเรื่องงานตอนอยู่ที่บ้านกับภรรยา ซึ่งเวลาออกไปทำงานหรือออกไปนอกบ้านเค้าจะโทรหาวันละหลายๆครั้ง ผมก็เลยคิดหาสาเหตุว่าอะไรทำให้เค้าต้องคิดแบบนี้ ผมก็จัดการกับปัญหาโดยการพูดคุยกับเค้า และอธิบายเหตุผลให้ชัดเจน เวลาออกไปไหนก็จะบอก พยายามรับโทรศัพท์และโทรหาเขาบ่อยขึ้นแล้วเขาก็จะสบายใจมากขึ้น

จากการสังเกต และสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญความเครียดและการแก้ไขปัญหารวมถึงทักษะการจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยค้นหาสาเหตุ และแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุด

หัวข้อที่ 3 เรื่องความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์

วิธีการผ่อนคลายความเครียด คือเวลาเครียดก็จะออกไปทำวัด ไปนั่งสมาธิ ทำจิตใจให้สงบที่วัด บางครั้งก็จะถือศีล ก็จะทำให้ไม่เครียด และบางครั้งก็จะรวมกลุ่มกับเพื่อนไปเที่ยวกับตามสถานที่ต่างๆเพื่อให้เราได้พักผ่อน แค่นี้ก็สบายใจมากละ

จากการสังเกต และสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งทำให้สามารถลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เป็นอย่างดี

หัวข้อที่ 4 เรื่องการพัฒนาการรับรู้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน

บุคคลที่ให้การช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหา คือ เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง พยาบาลที่มาเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครชุมชน เป็นต้น สถานที่ได้บ้างที่ท่านเข้าไปขอความช่วยเหลือ คือ สถานีตำรวจเมื่อผู้ป่วย

โรงพยาบาล การช่วยเหลือที่ได้รับคือ ถ้าผู้ป่วยอะอะอาละวาด จะให้เจ้าหน้าที่ตำรวจเข้ามาพูดคุย เพื่อให้ผู้ป่วยสงบ โรงพยาบาลก็จะมาพบหมอและมารักษา ส่วน อสม.เขาก็จะมาให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย

จากการสังเกต และสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น และเห็นความสำคัญของแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความเครียดและภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.3 หลังเสร็จสิ้นทุกกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยทำการประเมินด้วยแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) และประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ครั้งที่ 2)

2.3.1 จากการประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกคน มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก คิดเป็น ร้อยละ 100

2.3.2 จากการประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ครั้งที่ 2) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ประเมินสถานการณ์ความเครียดแบบ ทำหาย จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90 และ ประเมินสถานการณ์ความเครียดว่าไม่มีผลได้ผลเสีย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10

การกำกับการทดลอง

หลังเสร็จสิ้นทุกกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการประเมินด้วยแบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททันที พบว่ากลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดในระดับปานกลางขึ้นไป อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งถือว่าผ่านตามเกณฑ์การกำกับการทดลอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

คนที่	แบบมุ่งแก้ปัญหา	แบบมุ่งปรับอารมณ์	รวม	ระดับ
1	3.00	3.16	3.09	ปานกลาง
2	3.31	3.11	3.19	ปานกลาง
3	3.15	3.26	3.22	ปานกลาง
4	3.77	2.89	3.25	ปานกลาง
5	2.53	2.46	2.50	ปานกลาง
6	2.84	2.15	2.56	ปานกลาง
7	2.58	2.46	2.53	ปานกลาง
8	3.38	3.05	3.19	ปานกลาง
9	3.46	2.63	2.97	ปานกลาง
10	2.96	2.79	2.84	ปานกลาง
11	2.54	2.89	2.75	ปานกลาง
12	2.69	2.95	2.84	ปานกลาง
13	2.63	2.46	2.56	ปานกลาง
14	3.38	2.53	2.88	ปานกลาง
15	3.08	2.89	2.97	ปานกลาง
16	2.77	2.42	2.56	ปานกลาง
17	2.63	2.38	2.53	ปานกลาง
18	3.31	2.89	3.06	ปานกลาง
19	3.08	3.16	3.13	ปานกลาง
20	2.62	3.21	2.97	ปานกลาง
\bar{X}	2.98	2.78	2.88	

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด มีคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลางทุกคน ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์กำกับการศึกษา คือมีคะแนนการเผชิญความเครียดในระดับปานกลางขึ้นไป

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

3.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

1. ผู้วิจัยประเมินภาวะกตสันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง
2. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 1 - 2 กิจกรรมกิจกรรมละ 60 - 90 นาทีจำนวน 4 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์
3. ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันทีโดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเมินแบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ผู้วิจัยได้ประเมินภาวะกตสันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินโครงการวิจัยพร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง
5. ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

3.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะกตสันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง
2. ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการวิจัยว่าจะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในอีก 1 เดือนเพื่อการประเมินภาวะกตสันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง พร้อมแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ศึกษาขณะอยู่ที่บ้าน และในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์
3. เมื่อครบกำหนดการทดลองผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการวิจัยพร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี
4. ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

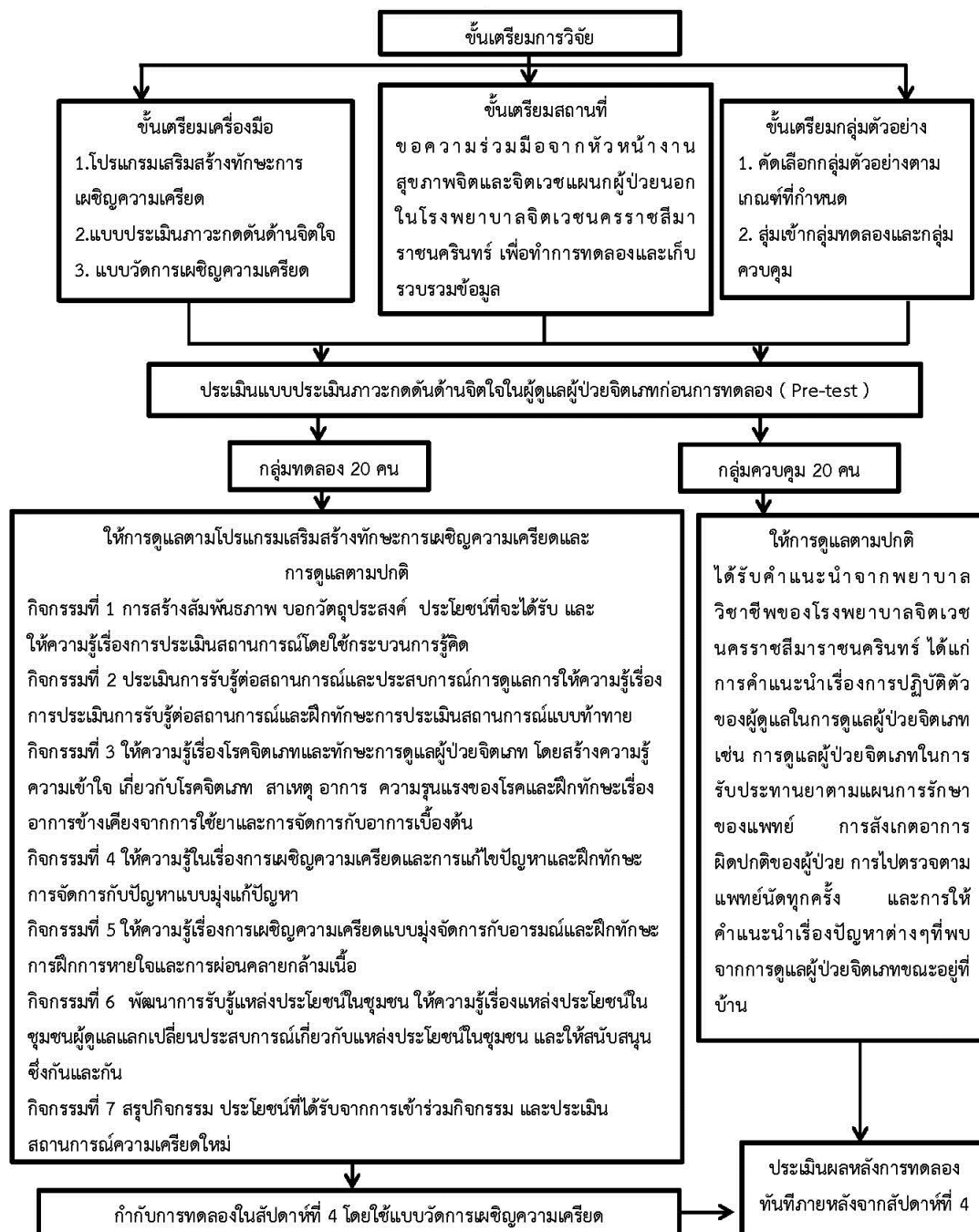
การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของทั้งสองกลุ่ม
2. หาค่าเฉลี่ย (Mean) ของภาวะกตตันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
3. เปรียบเทียบภาวะกตตันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)
4. เปรียบเทียบภาวะกตตันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่เป็นไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t-test)



ภาพที่ 4 แสดงการสรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ (Mitsonis et al., 2012) และระยะเวลาการเจ็บป่วย (นัทธมนต์ ฉิมสุข, 2555) แล้วถูกสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	4	20.0	4	20.0	8	20.0
หญิง	16	80.0	16	80.0	32	80.0
อายุ (ปี) (Min= 22, Max= 59) \bar{X}= 45.52 ปี						
20 - 39 ปี	5	25.0	6	30.0	11	27.5
41 - 50 ปี	6	30.0	6	30.0	12	30.0
51 - 59 ปี	9	45.0	8	40.0	17	42.5
สถานภาพสมรส						
โสด	5	25.0	4	20.0	9	22.5
คู่	13	65.0	15	75.0	28	70.0
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2	10.0	1	5.0	3	7.5
ระดับการศึกษา						
ปริญญาตรี	3	15.0	3	15.0	6	15.0
อนุปริญญา	3	15.0	0	0	3	7.5
มัธยมศึกษา	10	50.0	7	35.0	17	42.5
ประถมศึกษา	4	20.0	10	50.0	14	35.0

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 80 และเพศชาย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 20 มีอายุระหว่าง 51-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 45 และ 40 ตามลำดับ มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 65 และ 75 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 และ 35ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

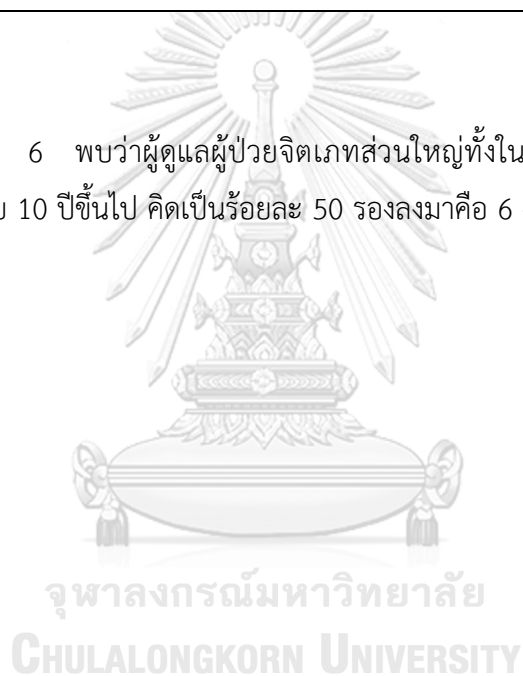
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ	0	0	1	5.0	1	2.5
พนักงานบริษัท	0	0	1	5.0	1	2.5
รับจ้าง	5	25.0	7	35.0	12	30.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	35.0	2	10.0	9	22.5
อื่นๆ	8	40.0	9	45.0	17	42.5
รายได้ บาท/เดือน						
ไม่มีรายได้	4	20.0	1	5.0	5	12.5
น้อยกว่า 5,000 บาท	6	30.0	4	20.0	10	25.0
5,000-10,000 บาท	6	30.0	9	45.0	15	37.5
มากกว่า 10,000 บาท	4	20.0	6	30.0	10	25.0
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย						
บิดา/มารดา	4	20.0	4	20.0	8	20.0
ภรรยา/สามี	2	10.0	1	5.0	3	7.5
พี่น้อง	4	20.0	6	30.0	10	25.0
บุตร	7	35.0	6	30.0	13	32.5
ญาติ	3	15.0	3	15.0	6	15.0

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอาชีพอื่นๆ ค้าขาย ทำนาทำสวน ทำธุรกิจส่วนตัว เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 42.5 และ มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30 และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ย 5,000 -10,000 ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 37.5 สำหรับความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรและพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 32.5 และ 25 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกระยะเวลาการเจ็บป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Min= 0.6, Max= 30) \bar{x} = 11.26 ปี						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	4	20.0	4	20.0	8	20.0
6 – 10 ปี	6	30.0	6	30.0	12	30.0
10 ปีขึ้นไป	10	50.0	10	50.0	20	50.0

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ 6 -10 ปี คิดเป็นร้อยละ 30



ตารางที่ 7 คะแนนภาวะกีดตันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	แบบประเมินภาวะกีดตันด้านจิตใจ			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	20	ปานกลาง	24	ปานกลาง
2	32	มากที่สุด	29	มาก
3	19	ปานกลาง	17	ปานกลาง
4	17	ปานกลาง	17	ปานกลาง
5	25	มาก	26	มาก
6	16	ปานกลาง	16	ปานกลาง
7	21	ปานกลาง	16	ปานกลาง
8	23	ปานกลาง	22	ปานกลาง
9	20	ปานกลาง	18	ปานกลาง
10	18	ปานกลาง	19	ปานกลาง
11	34	มากที่สุด	26	มาก
12	30	มากที่สุด	29	มาก
13	21	ปานกลาง	22	ปานกลาง
14	18	ปานกลาง	20	ปานกลาง
15	26	มาก	17	ปานกลาง
16	28	มาก	27	มาก
17	22	ปานกลาง	22	ปานกลาง
18	26	มาก	25	มาก
19	27	มาก	27	มาก
20	18	ปานกลาง	17	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะกีดตันด้านจิตใจก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับไม่แตกต่างจากเดิม โดยส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับปานกลางจำนวน 13 คน และระดับมากจำนวน 7 คน และระดับมากที่สุดจำนวน 3 คน

ตารางที่ 8 คะแนนภาวะกตสันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการแปลผลของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	แบบประเมินภาวะกตสันด้านจิตใจ			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	18	ปานกลาง	12	ต่ำ
2	29	มาก	14	ต่ำ
3	17	ปานกลาง	15	ต่ำ
4	16	ปานกลาง	14	ต่ำ
5	18	ปานกลาง	15	ต่ำ
6	17	ปานกลาง	15	ต่ำ
7	19	ปานกลาง	15	ต่ำ
8	19	ปานกลาง	11	ต่ำ
9	17	ปานกลาง	12	ต่ำ
10	25	มาก	12	ต่ำ
11	26	มาก	14	ต่ำ
12	22	ปานกลาง	15	ต่ำ
13	21	ปานกลาง	14	ต่ำ
14	27	มาก	14	ต่ำ
15	24	ปานกลาง	12	ต่ำ
16	18	ปานกลาง	11	ต่ำ
17	39	มากที่สุด	14	ต่ำ
18	20	ปานกลาง	13	ต่ำ
19	17	ปานกลาง	14	ต่ำ
20	22	ปานกลาง	11	ต่ำ

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะกตสันด้านจิตใจก่อน และหลังการทดลอง มีคะแนนภาวะกตสันด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 15 คน ระดับมาก จำนวน 4 คนและระดับมากที่สุด จำนวน 1 คน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ทั้ง 20 คน มีคะแนนภาวะกตสันด้านจิตใจในระดับต่ำทุกคน

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะกดดัน ด้านจิตใจ	\bar{x}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	21.55	5.60	ปานกลาง	19	6.337	<0.001*
หลังการทดลอง	13.40	1.54	ต่ำ			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	23.06	5.22	ปานกลาง	19	1.798	0.088
หลังการทดลอง	21.80	4.55	ปานกลาง			

P-value from Paired t-test, * significant at the .05 level

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = 6.337$) โดยคะแนนเฉลี่ยของภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ในทางตรงกันข้ามพบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่คะแนนก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มนี้แตกต่างกันอย่างไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	21.55	5.60	ปานกลาง	38	0.877	0.386
กลุ่มควบคุม	23.05	5.22	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	13.40	1.54	ต่ำ	38	7.824	<0.001*
กลุ่มควบคุม	21.80	4.55	ปานกลาง			

P-value from Independent t-test, * significant at the .05 level

จากตารางที่ 10 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 0.877$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (Random treatment) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตัวแปรต้น คือโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ตัวแปรตามคือภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
2. ภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภตก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0–F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0–F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มารับบริการแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (Random treatment) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยนี้ยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลองคือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดจำนวน 30 คน (Burns and Grove, 2005) เพื่อให้การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ซึ่งสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยวิธีการสุ่ม (Random treatment) โดยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่เพศ (Mitsonis et al., 2012) และระยะเวลาการเจ็บป่วย (นัทธมนต์ ฉิมสุข, 2555)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
2. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบวัดการเผชิญความเครียด
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ The Kessler Psychological Distress Scales (K10)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่
 - 1.1. โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ผ่านกระบวนการรู้คิด 3 ขั้นตอน ได้แก่การประเมินขั้นปฐมภูมิ ขั้นทุติยภูมิและการประเมินใหม่ เพื่อให้ผู้ดูแลมีการฝึกทักษะในการเผชิญความเครียดร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านร่วมถึงการจัดการกับความเครียดและมีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ใช้เวลาดำเนินการ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 -2 กิจกรรม รวมทั้งหมด 7 กิจกรรมๆละ 60 - 90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ และให้ความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด

กิจกรรมที่ 2. ประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์การดูแล การให้ความรู้เรื่องการประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และฝึกทักษะการประเมินสถานการณ์แบบทำท่าย

กิจกรรมที่ 3. ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ ความรุนแรงของโรคและฝึกทักษะ เรื่องอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้น

กิจกรรมที่ 4. ให้ความรู้ในเรื่องการเผชิญความเครียดและการแก้ไขปัญหาและฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 5. ให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์และฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

กิจกรรมที่ 6. พัฒนาการรับรู้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ในชุมชนโดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน และให้สนับสนุนซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 7. สรุปกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม และประเมินสถานการณ์ความเครียดใหม่

เอกสารใบงานและใบความรู้ทั้ง 7 กิจกรรม ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคจิตเภทตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสม ถูกต้อง ภาษาที่ใช้และความเหมาะสมของกิจกรรม และเวลาในแต่ละกิจกรรมอีกครั้งก่อนนำไปใช้

1.2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ

คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคจิตเภทตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสม ถูกต้อง ภาษาที่ใช้และความเหมาะสมของกิจกรรม และเวลาในแต่ละกิจกรรมอีกครั้งก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยนันทมนต์ ฉิมสุข (2555) ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) โดยใช้แนวคิดของ Jalowiec (1987) โดยแบบวัดครอบคลุมการเผชิญความเครียดในด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ซึ่งเป็นข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ดังนี้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 13 ข้อประกอบด้วย และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ จำนวน 19 ข้อ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านประเมินความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้อง และภาษาที่ใช้

แล้วนำผลการประเมิน มาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1 เมื่อปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท

3.2. แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ The Kessler Psychological Distress Scale (K10) ที่สร้างขึ้นโดย Kessler et al. (2002) เครื่องมือนี้ผู้วิจัยพัฒนาเป็นภาษาไทยด้วยการแปลย้อนกลับ (Back translation) (คนที่ 1 แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย คนที่ 2 แปลต่อจากคนที่ 1 แปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ และคนที่ 3 แปลต่อจากคนที่ 2 แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย) โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาจากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อคำถามเพื่อประเมินระดับอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลจากภาวะกดดันด้านจิตใจในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0 - 4 คะแนน) ระดับคะแนนเริ่มต้นจาก 0 - 40 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประเมินความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้อง และภาษาที่ใช้ แล้วนำผลการประเมินมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.95 เมื่อปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกดดันจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและฝึกทักษะการใช้แบบประเมินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

1.4 หลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา ได้รับการอนุมัติใน วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ.2561

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือจากหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ งานสุขภาพจิตและจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

1.6 ผู้วิจัยแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง การขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.7 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนและตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน โดยได้ดำเนินการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ได้แก่ เพศ และ ระยะเวลาเจ็บป่วย แล้วทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์จัดขึ้น

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามปกติ และได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ซึ่งเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 7 กิจกรรม นานครั้งละ 60 – 90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ หลังเสร็จสิ้นทุกกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำการประเมินด้วยแบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททันที พบว่ากลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งถือว่าผ่านตามเกณฑ์การกำกับกับการทดลอง

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินภาวะกตสันดานจิตใจของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ในสัปดาห์ที่ 4 และได้มาตรวจสอบ

ความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุด เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ ก่อนที่จะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การรวบรวมข้อมูล

1.กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

- 1.1 ผู้วิจัยประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง
- 1.2 ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด โดยการดำเนินการกิจกรรมกลุ่มๆละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ใช้เวลาดำเนินการ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 1-2 กิจกรรม รวมทั้งหมด 7 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์
- 1.3 ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันทีโดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเมินแบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 1.4 ผู้วิจัยได้ประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินโครงการวิจัยพร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง
- 1.5 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

- 2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง
- 2.2 ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการวิจัยว่าจะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในอีก 1 เดือนเพื่อการประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง พร้อมแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ศึกษาขณะอยู่ที่บ้าน และในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราช นรินทร์
- 2.3 เมื่อครบกำหนดการทดลองผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบว่าสิ้นสุดการดำเนินการกิจกรรมการวิจัยพร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี
- 2.4 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมด มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของทั้งสองกลุ่ม
2. หาค่าเฉลี่ย (Mean) ของภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
3. เปรียบเทียบภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)
4. เปรียบเทียบภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด โดยใช้สถิติทดสอบที แบบกลุ่มที่เป็นไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t-test)

สรุปผลการวิจัย

สรุปได้ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.337$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

2. หลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 0.877$)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดมีผลทำให้ภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 51 - 59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 45 และ 40 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65 และ 75 ตามลำดับ มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 และ 35 ตามลำดับ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 35 และ 30 ตามลำดับ และ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วงมากกว่า 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mitsunis et al. (2012) ที่พบว่าเพศเป็นปัจจัยทางสังคมที่ผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดย เฉพาะเพศหญิงจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความไวต่อความรู้สึกมากกว่าเพศชาย และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 35 และ 30 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) และ บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์ (2547) ที่พบว่าความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ดูแลที่ความผูกพันทางสายเลือดหรือความผูกพันทางใจอย่างมากต่อผู้ป่วย เช่น บิดามารดา ภรรยา สามี พี่น้อง บุตร จะรับรู้ต่อภาระและผลกระทบที่เกิดจากการดูแลมากกว่าผู้ดูแลอื่น ๆ อันเนื่องมาจากความรักความผูกพันและมีความจริงจัง ห่วงใยกับการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะกดดันด้านจิตใจของบุคคลในครอบครัวมาก และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วงมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนัทธมนต์ ฉิมสุข (2555) จากการศึกษาจะพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยที่ระยะเวลาการเจ็บป่วยแสดงถึงความเรื้อรังของโรค ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับยาเป็นเวลานานและต่อเนื่องตามแนวทางการรักษา หากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่สองจะต้องให้ยาไปถึง 5 ปี ถ้าเป็นบ่อยกว่านี้จะให้ยาตลอดไป ผู้ป่วยส่วนมากจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (Sadock and Sadock, 2005) เมื่อผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในเรื่องการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน นอกเหนือจากงานหรือหน้าที่ของตนเองที่ทำอยู่จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Mitsonis et al (2012) ที่พบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล

ตอนที่ 2 ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.337$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ว่ากิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีเนื้อหาที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) โดยจำแนกเป็นการดำเนินการผ่านกระบวนการรู้คิด (Cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ และประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) ได้แก่ พัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม ขั้นตอนที่ 3 การประเมินใหม่ (Reappraisal) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการเผชิญความเครียดร่วมกันและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยจับคู่เพศ (Mitsonis et al., 2012) และระยะเวลาการเจ็บป่วย (นัทธมนต์ ฉิมสุข, 2555) เนื่องจากตัวแปรทั้ง 2 มีผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ดังนั้นผลการวิจัยที่พบ จึงสามารถสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรมของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยนี้ อย่างแท้จริงจึงช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดได้รับการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้องจนส่งผลให้ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง ซึ่งแต่ละกิจกรรมที่ดำเนินการสามารถส่งผลต่อการลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดังนี้

กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด เป็นการสร้างความไว้วางใจและความคุ้นเคยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการใช้สื่อสารทั้งทางด้านภาษาและท่าทาง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป ซึ่งผู้วิจัยแนะนำตนเอง และบอกวัตถุประสงค์ในการ ศึกษาวิจัย ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งกระบวนการรู้คิดในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น 3 ขั้นตอน คือการประเมินขั้นปฐมภูมิ การประเมินขั้นทุติยภูมิและการประเมินใหม่ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจในการประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นตามลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ สัตยธรรม (2550) ที่พบว่าใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตด้วย และยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและพึ่งพาตนเองได้

กิจกรรมการประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์การดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดตามแนวคิด Lazarus & Folkman (1984) ซึ่งต้องผ่านกระบวนการรู้คิด ว่าสามารถพิจารณาตัดสินใจถึงความสำคัญของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร กระบวนการนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ซึ่งในการประเมินขั้นปฐมภูมิ เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของบุคคล โดยหากประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่มีความสำคัญต่อตนเอง หรือเป็นสถานการณ์ที่มีผลดีต่อตนเอง เช่น ทำให้มีกำลังใจหรือมีความสุขในชีวิต บุคคลก็มักตัดสินใจว่าไม่ต้องจัดการใดๆ กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สำหรับการประเมินทุติยภูมิเป็นการประเมินว่าสถานการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่เกิดอันตรายหรือการสูญเสีย ถูกคุกคาม และทำลายต่อตนเอง บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดหากความเครียดไม่ลดลงหรือหมดไป บุคคลจะต้องเปลี่ยนการประเมินใหม่ว่ามีผลดีผลเสียกับตนเองหรือเป็นภาวะความตึงเครียดที่ยังคงมีอยู่หรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lohacheewa et al. (2016) ที่พบว่าหากผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ความเครียดทางบวกเพิ่มขึ้น จะช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

กิจกรรมการความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ อาการแสดง ความรุนแรงของโรค ยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และนำไปสู่การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้บ่อยครั้ง ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการรักษา และมีความพร้อมในด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งสามารถลดความรู้สึกล้มเหลว ความรู้สึกเครียดและลดภาวะกดดันด้านจิตใจจาก

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mitsonis et al. (2012) ที่พบว่าหากผู้ดูแลรับรู้ความรุนแรงของโรคจิตเภทอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับลักษณะอาการของโรค จะทำให้ลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ นัทธมนต์ ฉิมสุข (2555) ที่พบว่าหากผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวลจากการดูแลและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการให้ความรู้และฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งการเผชิญความเครียด คือความพยายามของเราที่จะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยการแสดงออกทางอารมณ์และการกระทำเพื่อทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นเบาลงได้ รูปแบบการเผชิญความเครียดแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นการจัดการกับสาเหตุของความเครียด โดยการหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาหลายๆวิธี พิจารณาข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือก ก่อนตัดสินใจเลือกและลงมือแก้ไขปัญหานั้น และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก ลดความตึงเครียด วิธีการนี้เป็นช่วยลดความไม่สบายใจเท่านั้น แต่ไม่ได้ช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นให้หมดไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cotton et al. (2013) ที่พบว่าหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแก้ปัญหาได้ดีจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมและจะช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจได้

กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ต่อความเครียด การเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ เป็นการเผชิญความเครียดที่มุ่งลดอารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่เป็นสุขไม่สบายใจโดยไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริง นำเอากระบวนการทางความคิดหรือการใช้กลไกทางจิต เกิดขึ้นในระดับที่ไม่รู้ตัวได้แก่ 1. การเปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ใหม่ เช่น การค้นหาข้อดีจากสถานการณ์นั้นใหม่ หรืออาจใช้กลไกทางจิต เช่น การปฏิเสธความจริง ซึ่งบิดเบือนความเป็นจริงและหลอกตัวเอง 2. การไม่ได้เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ เช่น หลีกเลียงไม่คิดถึง 3. กลยุทธ์ทางพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การสะกดจิต การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การระบายอารมณ์โกรธ การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น และ มีความเชื่อพระเจ้า เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ong et al. (2016) ที่พบว่าหากผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและช่วยบรรเทาภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) อาจเป็นบุคคล เช่น เพื่อน บุคคล ใกล้ชิด ครอบครัว และสังคมรอบข้างที่อาศัยอยู่ที่ให้การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ความรู้สึก เช่น ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ ยอมรับฟังความรู้สึก เป็นต้น หรือการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการเผชิญความเครียด การที่บุคคลได้รับความ

ช่วยเหลือดังกล่าวทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่รักของคนใกล้ชิดส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย ผู้ดูแลจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yusuf & Nuhu (2011) ที่พบว่าหากผู้ดูแลรับรู้และเห็นความสำคัญถึงการสนับสนุนทางสังคม เช่น การช่วยเหลือจากสังคมและบุคคลอื่นและจากสมาชิกในครอบครัว (Riley-McHugh et al., 2016) จะช่วยลดความวิตกกังวลและซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมการประเมินใหม่ การประเมินใหม่ถือได้ว่าเป็นวิธีที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่โดยได้รับความรู้และการฝึกทักษะในการดูแลของแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมา และบุคคลจะประเมินซ้ำ เพื่อพิจารณาสถานการณ์นั้นว่ายังมีอันตรายอยู่หรือลดลง โดยสามารถแยกแยะได้ว่าการประเมินสถานการณ์ที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างไรบ้าง ซึ่งถือได้ว่าเป็นการประเมินขึ้นปฐมภูมิใหม่อีกครั้งหนึ่ง จึงทำให้มีการตัดสินใจที่ดีขึ้นในการเผชิญความเครียดในครั้งต่อไป เป็นการทบทวนความรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

2. ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญต่ำกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 0.877$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งสามารถอธิบายผลการศึกษาที่พบได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดมีผลต่อการลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้การดูแลตามปกติทั้งนี้เพราะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภผู้ดูแลจะต้องมีความรู้และทักษะในการเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ ความรุนแรงของโรคจิตเภท รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดครบทั้ง 3 ขั้นตอนตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรู้และการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้องเหมาะสมจนส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ (Ong et al., 2016) และสอดคล้องกับการศึกษาของของนันทมนต์ ฉิมสุข (2555) ที่พบว่าการศึกษาการเผชิญความเครียด เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเพิ่มจากเดิมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เมื่อผู้ดูแลที่มีการเผชิญความเครียดมุ่งแก้ปัญหาต่ำจะมีการ

แสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีภาวะกดดันด้านจิตใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lohacheewa et al (2016) การประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียดมีอิทธิพลโดยตรงต่อภาวะกดดันทางจิตใจของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Ong et al. (2016) พบว่าการมีวิธีการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดและป้องกันการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจได้

จากการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีภาวะกดดันด้านจิตใจก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป แต่ภายหลังการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้ง 20 คนมีภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ

สำหรับกลุ่มควบคุมนั้น พบว่าในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองโดยภาพรวมซึ่งอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก แม้ว่าค่าคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางคนจะลดลง แต่ยังไม่มากพอที่จะทำให้ภาพรวมของภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลง สามารถอธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการโดยรวมของผู้ป่วย ขณะอยู่บ้าน การใช้ยาจิตเวชของผู้ป่วย การคลายเครียดสำหรับญาติขณะอยู่ที่บ้าน รวมถึงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวโดยบุคลากรสาธารณสุข หรือพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ซึ่งการให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ และตามความต้องการของญาติ ซึ่งการให้คำแนะนำและการดูแลตามปกติอาจทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ หรือไม่ครอบคลุม รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับความรู้และการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม รวมทั้งกิจกรรมอื่นๆเหมือนกับในกลุ่มทดลอง ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมมีภาวะกดดันด้านจิตใจไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองแล้วกลุ่มควบคุมได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติเพื่อเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและของที่ระลึกจากผู้วิจัย

ดังนั้นผลการวิจัยจึงสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นทั้งหมด 7 กิจกรรม พบว่าในแต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างถูกต้อง มีรูปแบบการเผชิญความเครียดอย่างถูกวิธี มีทักษะการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอย่างเหมาะสม และรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลงได้ ส่งผลให้ลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถสรุปข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. การนำโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดไปใช้นั้นพยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี เรื่องการเผชิญความเครียดเพื่อเตรียมความพร้อมของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มของสมาชิกกลุ่มเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดที่กำหนดไว้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลหรือในชุมชน โดยสามารถปรับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมตามบริบทของโรงพยาบาลหรือชุมชนนั้น เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนอย่างเหมาะสม เช่น ระยะเวลา ในการดำเนินกิจกรรม การปรับเปลี่ยนการดำเนินกิจกรรมตามลักษณะชีวิตประจำวันของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น การดำเนินกิจกรรมในวันหยุด หรือในช่วงเย็นของวันธรรมดา เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางรายต้องออกไปทำงานประจำ เป็นต้น

3. โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นโปรแกรมฯ ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดทักษะในการเผชิญความเครียดและจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น จึงควรมีการติดตามประเมินผล ในระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดทักษะและความชำนาญที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำไปประยุกต์ได้เองในชีวิตประจำวัน

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะกดดันจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มเติมเพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ๆ อยู่เสมอ และนำมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลในระยะยาว (Longitudinal study) เช่น ในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะๆ รวมทั้งประเมินความยั่งยืนของผลการศึกษาและความคงอยู่ของทักษะและภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด

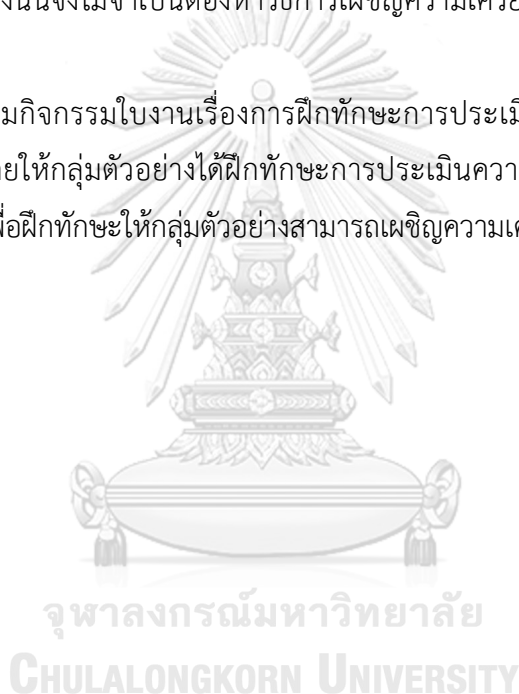
3. ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลและศึกษาประสิทธิภาพของกิจกรรมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พยาบาลควรสร้างความตระหนักให้กลุ่มตัวอย่าง ได้เห็นความสำคัญของภาวะกดดันด้านจิตใจที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. จากการวิจัยพบว่าในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ควรคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินสถานการณ์เป็นความเครียด (Stressful) เท่านั้นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินสถานการณ์แบบไม่มีผลได้ผลเสีย (Irrelevant) และเกิดผลดีหรือได้รับประโยชน์ (Benign positive) เป็นกลุ่มที่ไม่ได้มีความเครียดเกิดขึ้น ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องหาวิธีการเผชิญความเครียดใดๆไปจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น

3. ควรเพิ่มกิจกรรมใบงานเรื่องการฝึกทักษะการประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์ดูแล โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะการประเมินความเครียดจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแล เพื่อฝึกทักษะให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเผชิญความเครียดแบบท้าทายได้



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กุลธิดา สุภาคุณ. (2555). บทควมวิชาการการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเครียด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 26(3): กันยายน-ธันวาคม.
- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (2549). การฝึกผ่อนคลายความเครียด. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.(2559). รายงานประจำปี.นนทบุรี: กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.(2560). รายงานประจำปี.นนทบุรี: กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จิระพรรณ สุริยงค์, ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ และชาลิณี สุวรรณยศ. (2551). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. พยาบาลสาร. 35 (3): 97-106.
- จอม สุวรรณโน. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลศาสตร์ 7(3): 147-154.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง.(2543).ความรู้สึทางอารมณ์ความต้องการการแนะนำ: กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 14(2): 30-39.
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทระเสถียร. (2552). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ตอนบน. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 3(2).
- ดาวรุ่ง หนูแก้ว. (2546). ผลการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการปรับตัวและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เดือนแรม ยศปัญญา. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 28(3): 63-74.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและ จิต เว ช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญชนก เต่าทอง. (2554). ผลของสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อทักษะการดูแล

- ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2539). *ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย*. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41(1) : 2 – 17.
- นัทธมนต์ ฉิมสุข. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 28(3): 49-62.
- นุสรวิทย์ วิชัยโกวิทเท. (2547). *ผลของโปรแกรมการฝึกชีวิตขั้นพื้นฐาน ร่วมกับการสนับสนุนด้าน ข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร. (2553). *ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 12(3): 141-149.
- ประคอง กรณสุตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีชา ศตวรรษธารังและประยูกต์ เสรีเสถียร. (2543). ปัญหาของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการทางจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ. *วารสารสุขภาพจิตและจิตเวช* 8(3): 153-161.
- ปรีดิททัย แก้วมณีรัตน์. (2534). *การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. พิมพ์ครั้งที่ 1 สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. (2530) *การดูแลสุขภาพตนเอง: ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม*. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2549) *กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ภัทรา ธีรลาภ. (2530). การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (2544). รูปแบบการทำนายภาวะของผู้ดูแล: การทดสอบเชิงประจักษ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมกมล อรรถทิมากุล. (2558). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลกับการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 29(2): 64-76.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการพยาบาล 42(3): 159-167.
- สุนันทา นวลเจริญ. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2546). แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 13(5): 1-11.
- มลลิกา จันทรเพ็ญ. (2560). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 31(3): 126-140.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2558). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนตรี อมรพิเชษฐกุลและพรชัย สงวนศิลป์. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาล 1: 84-94.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวิทย์ อินทอง, ภัทราภรณ์ ท่งปันคำ, ขวัญพนมพระ ธรรมไทย, ชาลินี สุวรรณยศ, ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์

- และสร้อย วรณชัยกุล. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นจิตเภทในประเทศไทย. *พยาบาลสาร*. 38(2): 177-190.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชา แซ่ม้อย. (2550). ผลของโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ภาษาอังกฤษ

- Abeloff M.D., Armitage J.O., Lichter A.S. &Niederhuber J.E. (2000) *Clinical Oncology*, 2nd edn. Churchill Livingstone, New York.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). Selecting a quantitative research design. *Burns N, Grove SK (eds), The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization*, 5th edition. St Louis, MO: Elsevier Saunders, 231-272.
- Campbell, R. L. (2001). Predictors of caregiver burden over a three month period following hospitalization of the patient.
- Caplan, G. (1981). Mastery of stress: Psychosocial aspects. *American Journal of Psychiatry*, 138(4), 413-420.
- Chen, X., Mao, Y., Kong, L., Li, G., Xin, M., Lou, F., & Li, P. (2016). Resilience moderates the association between stigma and psychological distress among family caregivers of patients with schizophrenia. *Personality and Individual Differences*, 96, 78-82.
- Cotton, S. M., McCann, T. V., Gleeson, J. F., Crisp, K., Murphy, B. P., & Lubman, D. I. (2013). Coping strategies in carers of young people with a first episode of psychosis. *Schizophrenia research*, 146(1-3), 118-124.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, 13(03), 595-605.
- Elliott, A., & Turner, B. S. (Eds.). (2001). *Profiles in contemporary social theory*. Sage.
- Fortinsky, R. H., Kercher, K., & Burant, C. J. (2002). Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. *Aging & mental health*, 6(2), 153-160.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annu. Rev.*

Psychol., 55, 745-774.

- Fredman, L. (1998). Caregiver issue. *Journal of Health and Social Behavior*, 14 (1):20-27
- Furukawa, T. A., Kessler, R. C., Slade, T., & Andrews, G. (2003). The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological medicine*, 33(2), 357-362.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic illness*. Oxford University Press.
- Hall, M. J., & Docherty, N. M. (2000). Parent coping styles and schizophrenic patient behavior as predictors of expressed emotion. *Family Process*, 39(4), 435-444.
- Hou, S. Y., Ke, C. L. K., Su, Y. C., Lung, F. W., & Huang, C. J. (2008). Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 62(5), 508-514.
- Horwitz, A. V., & Reinhard, S. C. (1995). Ethnic differences in caregiving duties and burdens among parents and siblings of persons with severe mental illnesses. *Journal of Health and Social Behavior*, 138-150.
- Hurley, R. V., Patterson, T. G., & Cooley, S. J. (2014). Meditation-based interventions for family caregivers of people with dementia: a review of the empirical literature. *Aging & mental health*, 18(3), 281-288.
- Ip, G. S. H. & Mackenzie, A. E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at Home: The experience of family carers in Hong Kong. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 288-289.
- Jalowiec and other. (1987). Psychiatric Assessment of Jalowiec: Coping Scale. *Nursing Research* 33 (3).
- Kessler, R., & Mroczek, D. (1994). *Final versions of our non-specific psychological distress scale*. Ann Arbor, MI: Survey Research. Center of the Institute for Social Research, University of Michigan.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., ... & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, 32(06), 959-976.

- Lalana, P. (2007). *Effectiveness of coping skill training program on depression in early adolescent*. Master's Degree, Mental Health and Psychiatric Nursing Mahidol University.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Coping and adaptation*. The handbook of behavioral medicine, 282-325.
- Lohacheewa, S., Sitthimongkol, Y., Sirapo-ngam, Y., & Viwatwongkasem, C. (2016). Psychological Distress of Family Members Caring for a Relative with First Episode Schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(3), 183-195.
- Luckman & Sorensen. (1993). *Medical-Surgical nursing a psychophysiological Approach*. Philadelphia: Saunders.
- Massé, R. (2000). Qualitative and quantitative analyses of psychological distress: methodological complementarity and ontological incommensurability. *Qualitative Health Research*, 10(3), 411-423.
- Miles, M. S., Holditch-Davis, D., Burchinal, P., & Nelson, D. (1999). Distress and growth outcomes in mothers of medically fragile infants. *Nursing research*, 48(3), 129-140.
- Mirowsky, J., and C.E. Ross. (2002). Selecting outcomes for the sociology of mental health: Issues of measurement and dimensionality. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 152-170.
- Mitsonis, C., Voussoura, E., Dimopoulos, N., Psarra, V., Kararizou, E., Latzouraki, E., . . . Katsanou, M. N. (2012). Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(2), 331-337.
- Noh, Samuel, and R. Jay Turner. "Living with psychiatric patients: Implications for the mental health of family members." *Social Science & Medicine* 25, no. 3 (1987): 263-272.
- O'Farrell, P., Murray, J., & Hotz, S. B. (2000). Psychologic distress among spouses of patients undergoing cardiac rehabilitation. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 29(2), 97-104.
- Ong, H. C., Ibrahim, N., & Wahab, S. (2016). Psychological distress, perceived stigma,

- and coping among caregivers of patients with schizophrenia. *Psychol Res Behav Manag*, 9, 211-218.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 45(5), 536-545.
- Riley-McHugh, D., Brown, C. H., & Lindo, J. (2016). Schizophrenia: its psychological effects on family caregivers. *International Journal of Advanced Nursing Studie* 5(1), 96-101.
- Sarafino, E.P. (1989). *Health psychology: Biopsychosocial interaction*. New York: John wiley & Sons .77.
- Selye, H. (1976). *The stress of life* (Revised ed.). New York.
- Shah, A. J., Wadoo, O., & Latoo, J. (2010). Psychological distress in carers of people with mental disorders. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), 18.
- Shah, S. T. H., Sultan, S. M., Faisal, M., & Irfan, M. (2013). Psychological distress among caregivers of patients with schizophrenia. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 25(3-4), 27-30.
- Uchitomi, Y., Mikami, I., Nagai, K., Nishiwaki, Y., Akechi, T., & Okamura, H. (2003). Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 21(1), 69-77.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Schizophrenia*. Retrived November 1, 2018, from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Yeh, L. L., Hwu, H. G., Chen, C. H., Chen, C. H., & Wu, A. C. (2008). Factors related to perceived needs of primary caregivers of patients with schizophrenia. *Journal of the Formosan Medical Association*, 107(8), 644-652.
- Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., ... & Kendall, T. (2015). Interventions to improve the experience of caring

for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 206(4), 268-274.

Yiengprugsawan, V., Seubsman, S. A., & Sleight, A. C. (2012). Psychological distress and mental health of Thai caregivers. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 2(1), 4.

Yusuf, A. J., & Nuhu, F. T. (2011). Factors associated with emotional distress among caregivers of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46(1), 11-16.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง
1. นายแพทย์กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา	นายแพทย์ชำนาญการ (จิตแพทย์) โรงพยาบาลสวนปรุง
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์	อาจารย์ประจำสาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์ ดร. สุจรรยา โลหาชีวะ	อาจารย์ประจำสาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา
4. นางอำพัน หิรัญอุทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
5. นางณัฐกานต์ ใจบุญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี



ที่ ศธ 0512.11/ 2199



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 ธันวาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริธนา ยะมะโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา นายแพทย์ชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นายแพทย์ กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน โทร. 02-2218-1150

นางสาวศิริธนา ยะมะโน โทร. 08-5033-1724



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
ที่ ศธ 0512.11/ 2145 วันที่ 28 ธันวาคม 2560
เรื่อง ขอรเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริธนา ยะมะโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน โทร. 02-2218-1150
นางสาวศิริธนา ยะมะโน โทร. 08-5033-1724

ที่ ศอ 0512.11/006



สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา	
สภามหาวิทยาลัย	18/05/61
วันที่	10 มิ.ย. 2561
เวลา	16.31 น.

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

4 มกราคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดีสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภามหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริธนา ยะมะโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.สุจรรยา โลหาชีวะ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร.สุจรรยา โลหาชีวะ
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน โทร. 02-2218-1150
นางสาวศิริธนา ยะมะโน โทร. 08-5033-1724

ที่ ศธ 0512.11/ 2197



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 ธันวาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริธนา ยะมะโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนิกร อูปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอำพัน หิรัญอุทก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นางอำพัน หิรัญอุทก

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อูปเสน โทร. 02-2218-1150

นางสาวศิริธนา ยะมะโน โทร. 08-5033-1724

ที่ ศธ 0512.11/2196



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ ธันวาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริธนา ยะมะโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางณัฐกานต์ ใจบุญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรากรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางณัฐกานต์ ใจบุญ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน โทร. 02-2218-1150

นางสาวศิริธนา ยะมะโน โทร. 08-5033-1724



การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index :CVI) โดยใช้สูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ ได้เท่ากับ .95

$$CVI = \frac{38}{40} = 0.95$$

2. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการเผชิญความเครียด ได้เท่ากับ 1

$$CVI = \frac{128}{128} = 1$$



ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 4 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ The Kessler Psychological Distress Scales (K10)

ชุดที่ 3 แบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชุดที่ 4 โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท



ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง [] หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน และเติมคำในช่องว่างที่กำหนดไว้

1. เพศ [] หญิง
[] ชาย
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี.....เดือน
3. สถานภาพสมรส
[] โสด [] คู่
[] หม้าย [] หย่าร้าง
[] แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
[] สูงกว่าปริญญาตรี [] ปริญญาตรี
[] อนุปริญญา [] มัธยมศึกษา
[] ประถมศึกษา [] ไม่ได้เรียน
5. อาชีพ
[] ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ
[] พนักงานบริษัท
[] รับจ้าง
[] ไม่ได้ประกอบอาชีพ
[] อื่นๆ (เกษตรกรรม, ธุรกิจส่วนตัว) ระบุ.....
6. รายได้ ปัจจุบันท่านมีรายได้.....บาท/เดือน/วัน
7. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะเป็น
[] บิดา/มารดา [] ภรรยา/สามี [] พี่น้อง
[] บุตร [] ญาติ (น้า อา ลุง ป้า หลาน เขย สะใภ้)
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน.....ปี.....เดือน

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ The Kessler Psychological Distress Scales (K10)

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถาม 10 คำถาม ซึ่งคำถามทั้ง 10 ข้อข้างล่างนี้ถามถึงความรู้สึกของท่านในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ในการตอบคำถามแต่ละข้อ โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่บรรยายถึงระยะเวลาที่ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวได้ดีที่สุด

- 1 หมายถึง ไม่เลย
- 2 หมายถึง เล็กน้อย
- 3 หมายถึง บางเวลา
- 4 หมายถึง เกือบตลอดเวลา
- 5 หมายถึง ตลอดเวลา

เกณฑ์การแปลผลคะแนน นำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน โดยการแปลผลคะแนน ดังนี้

- | | |
|-------------|------------------------------------|
| คะแนนเฉลี่ย | การแปลความหมาย |
| 10-15 | มีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ |
| 16-24 | มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับปานกลาง |
| 25-29 | มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับมาก |
| 30-50 | มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับมากที่สุด |

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	บางเวลา	เกือบตลอดเวลา	ตลอด
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกเหนื่อยโดยไม่ทราบสาเหตุ					
2. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกวิตกกังวล					
3. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลมากจนไม่มีสิ่งใดเลยที่จะทำให้ท่านรู้สึกสงบลงได้					
4.					
5.					
10. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า					

ชุดที่ 3 แบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิด การกระทำ ความรู้สึกต่อการเผชิญความเครียดของท่านในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยข้อคำถามครอบคลุมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ข้อคำถามมีจำนวน 32 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกผิด

เป็นความจริงทั้งหมด หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิดการกระทำและความรู้สึกทุกครั้ง

เป็นความจริงบ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิดการกระทำและความรู้สึกส่วนมาก

เป็นความจริงน้อยครั้ง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิดการกระทำและความรู้สึกบางครั้ง

ไม่เป็นจริง หมายถึง ข้อความนี้ไม่ตรงกับความคิดการกระทำและความรู้สึกเลย

คิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาการเผชิญความเครียดแต่ละประเภทแยกจากกันและการเผชิญความเครียดโดยรวมให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1- 4 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดสำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูตร (2542) โดยกำหนดค่าคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.00 หมายถึง มีความสามารถในการเผชิญความเครียดมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง มีความสามารถในการเผชิญความเครียดปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง มีความสามารถในการเผชิญความเครียดน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง มีความสามารถในการเผชิญความเครียดน้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เป็นความจริง ทั้งหมด (4)	เป็นความจริง บ่อยครั้ง (3)	เป็นความจริง น้อยครั้ง (2)	ไม่เป็น ความจริง (1)
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา				
1. ท่านแยกแยะปัญหาที่เกิดขึ้นออกเป็นประเด็นย่อยๆ				
2. ท่านพยายามควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ให้ลุกลาม				
3. ท่านใช้ความพยายามอย่างมากในการจัดการกับความเครียด				
.....				
.....				
13. ท่านตั้งเป้าหมายแก้ปัญหา				
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์				
14. เมื่อเกิดความเครียดท่านมักทำลายสิ่งของ				
15. ท่านปลอบใจตนเองให้เลิกวิตกกังวลเมื่อเครียด				
16. ท่านต้องการอยู่คนเดียวเมื่อท่านเครียด				
.....				
.....				
.....				
31. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เมื่อเครียด				
32. เมื่อเกิดความเครียดท่านจะมองเป็นเรื่องตลก				

โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด
ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท



จัดทำโดย
นางสาวศิริรนา ยะมะโน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีกร อุปเสน

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (นอกเวลาราชการ)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับและให้ความรู้ เรื่องการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ห้องคลังใจ1 อาคารสมนาคาร โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

ระยะเวลา 60 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปรวงกลม โดยเลือกนั่งได้ตามอัธยาศัย และผู้นำกลุ่มจะนั่งอยู่ในแนวเดียวกับสมาชิกคนอื่นๆในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกทุกคนมีโอกาสที่จะมองเห็นกันและกันทั้งกลุ่ม

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงวัตถุประสงค์ในการ ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงกระบวนการรู้คิดในการปรับตัวต่อสถานการณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. มีความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป
2. บอกวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับหลังการเข้าร่วมกิจกรรม
3. บอกถึงขั้นตอนของกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างความไว้วางใจและความคุ้นเคยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการใช้สื่อสารทั้งทางด้านภาษาและท่าทาง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป ซึ่งผู้วิจัยแนะนำตนเอง และบอกวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งกระบวนการรู้คิดในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น 3 ขั้นตอน คือ การประเมินขั้น

ปฐมนิเทศ การประเมินชั้นทุติยภูมิ และการประเมินใหม่ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจในการประเมินสถานการณ์และการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นตามลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนมากขึ้น

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ดินสอสี/ปากกา และกระดาษ
3. ใบความรู้ที่ 1/1 กระบวนการประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยใช้

กระบวนการรู้คิด

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพโดยการสบตา ยิ้มแย้มแจ่มใส และพูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร โดยการซักถามเรื่องทั่วไปเป็นรายบุคคล เช่น “เมื่อคืนนอนหลับสบายดีไหมคะ” “เข้านี้ทานข้าวกับอะไรมาคะ” “เดินทางมาโรงพยาบาลอย่างไรคะ” เพื่อสร้าง ความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกเขียนป้ายชื่อของตนเอง พร้อมทั้งวาดภาพตกแต่งให้สวยงาม พร้อมทั้งให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเอง โดยผู้วิจัยให้ความสนใจและตั้งใจฟังในขณะที่ สมาชิกทุกคนแนะนำตัว
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ในแต่ละกิจกรรม และระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม ประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย
4. ผู้วิจัยแจ้งวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป คือ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์
5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยใช้กระบวนการรู้คิดตามใบความรู้ที่ 1/1
6. เปิดโอกาสให้สมาชิก ซักถามและแสดงความคิดเห็น
7. ผู้วิจัยแจ้งวัน เวลา และ สถานที่ในการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

การประเมินผล

- สังเกตจากพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการตอบคำถาม

คู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY
โดย

นางสาวศิริธนา ยะมะโน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรคจิตเภทคืออะไร

โรคจิตเภท คือกลุ่มอาการของโรคจิต ที่มีความผิดปกติของความคิด มีลักษณะอาการแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ลักษณะอาการทางบวก และลักษณะอาการทางลบ

กลุ่มลักษณะอาการทางบวกหมายถึง อาการที่มีเพิ่มมากกว่าคนปกติทั่วไป ได้แก่

1. ประสาทหลอน เช่นได้ยินเสียงคนพูดคุย ได้ยินเสียงคนพูดตำหนิ พูดโต้ตอบเสียงนั้นเพียงคนเดียว
2. อาการหลงผิด เช่นคิดว่ามีวิญญาณอยู่ในร่างกาย คอยบอกให้ทำสิ่งต่างๆ
3. ความคิดผิดปกติ เช่น พูดไม่เป็นเรื่องเป็นราว พูดไม่ต่อเนื่อง เปลี่ยนเรื่องพูดโดยไม่มีเหตุผล

4. พฤติกรรมผิดปกติ เช่นอยู่ในท่าแปลกๆ หัวเราะหรือร้องไห้ สลับกันเป็นพักๆ

กลุ่มลักษณะอาการทางลบ หมายถึงอาการที่ขาดหรือบกพร่องไปจากปกติทั่วไป ได้แก่ สีหน้าอารมณ์เฉยเมย ชีวิตไม่มีจุดหมาย ไม่มีสัมพันธภาพกับใคร มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่พูด ไม่มีอาการยินดีในร้าย

อาการโดยรวมที่พบได้ในภาวะความเจ็บป่วยของโรคนี้ ได้แก่

1. มองโลกผิดไปจากความเป็นจริง ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมองโลกผิดไปจากความจริง ซึ่งแตกต่างจากคนทั่วไป เช่น มีอาการวิตกกังวล รู้สึกสับสน อาจจะดูเหินห่าง แยกตัวจากสังคม บางครั้งอาจนั่งนิ่งเป็นหิน ไม่เคลื่อนไหวและไม่พูดจาใดๆ เป็นชั่วโมงๆ หรืออาจเคลื่อนไหวซ้ำ ทำอะไรซ้ำๆ ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมแปลกๆอยู่ตลอดเวลา

2. ประสาทหลอน เช่น ได้ยินเสียงคนมาสั่งให้ตนทำโน่นทำนี่ ได้ยินคนมาพูดคุยกับตน มาเตือนหรือมาตำหนิในเรื่องต่างๆ ทั้งๆ ที่ความจริงไม่มีคนพูดหรือไม่มีต้นกำเนิดเสียงเหล่านี้เลย ซึ่งเราเรียกอาการนี้ว่า "หูแว่ว" ผู้ป่วยบางคนอาจมองเห็นคน ผี หรือสิ่งของต่างๆ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วไม่มีสิ่งเหล่านี้และไม่มีใครเห็นเหมือนผู้ป่วยเราเรียกอาการนี้ว่า "เห็นภาพหลอน"

3. ความคิดหลงผิด เป็นความเชื่อของผู้ป่วยที่ผิดไปจากความเป็นจริง ซึ่งความคิดหลงผิดในผู้ป่วยจิตเภทนี้มักจะแปลกประหลาดมาก เช่นเชื่อว่าพฤติกรรมของเขาหรือของคนอื่นๆถูกบังคับให้เป็นไปด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจากต่างดาว เชื่อว่าความคิดของตนแพร่กระจายออกไปให้คนอื่นที่ไม่รู้จักรับรู้ได้ว่าตนคิดอะไรอยู่ หรือเชื่อว่าวิทย์หรือโทรทัศน์ต่างๆก็พูดถึงตัวผู้ป่วยทั้งๆที่ในความเป็นจริงไม่ได้เป็นอย่างนั้น

4. ความคิดผิดปกติ ผู้ป่วยจะไม่สามารถคิดแบบมีเหตุมีผลได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยพูดคุยกับคนอื่นไม่ค่อยเข้าใจ เมื่อคนอื่นคุยกับผู้ป่วยไม่ค่อยเข้าใจก็มักจะไม่ค่อยคุยด้วย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยถูกแยกให้อยู่คนเดียว

5. การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมักจะแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเรื่องที่กำลังพูด เช่น พูดว่าตนกำลังถูกปองร้ายจะถูกเอาชีวิตร ซึ่งขณะพูดก็หัวเราะอย่างตลกขบขัน (โดยไม่ใช้คนปกติที่ต้องการทำมุขตลก) พบได้บ่อยเช่นกันที่ผู้ป่วยจิตเภท จะไม่ค่อยแสดงสีหน้า หรือความรู้สึกใดๆ รวมทั้งการพูดจาก็จะใช้เสียงระดับเดียวกันตลอด ไม่แสดงน้ำเสียงใดๆ ซึ่งอาการของผู้ป่วย จิตเภทนี้ ส่วนใหญ่มักจะเป็นเรื้อรังมีบ้างในบางคนที่มีอาการเพียงช่วงเวลาสั้นๆและ สามารถหายเป็นปกติได้ แต่ก็มักต้องการการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเหมือนกัน

6. ในเรื่องของ การฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่เป็นอันตรายมากสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ถ้าผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายหรือมีการวางแผนที่จะทำอย่างนั้น ควรจะต้องให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วน เพราะผู้ป่วยจิตเภทมีการฆ่าตัวตายสูง



ที่มา: www.pinterest.com



ภาคผนวก จ
เอกสารขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 0091

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มกราคม 2561

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. คู่มือโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (คู่มือสำหรับพยาบาล) จำนวน 1 ชุด
 2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ จำนวน 1 ชุด
 3. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสมบูรณ์) จำนวน 1 ชุด
 4. แบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 1 ชุด
 5. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 1 ชุด
 6. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริธนา ยะมะโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวศิริธนา ยะมะโน เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารักษ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน โทร. 02-2218-1150
นางสาวศิริธนา ยะมะโน โทร. 08-5033-1724



บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
เลขที่ 3796
วันที่ ๓๐ ส.ค. ๒๕๖๑
เวลา ๑๐.๓๐

ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

ที่ คจว ๓ /๒๕๖๑

วันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุมัติเอกสารรับรองโครงการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์

ตามที่ นางสาวศิริธนา ยะมะโน นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเสนอคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์อ่านพิจารณา นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จึงขอเสนอโครงการวิจัยดังกล่าว เพื่อขออนุมัติเอกสารรับรองโครงการวิจัย ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และได้แนบเอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ จำนวน ๑ ฉบับ, รายละเอียดโครงการวิจัยพร้อมคำขอการรับรองเชิงจริยธรรมการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ จำนวน ๓ ชุด ดังเอกสารที่ได้แนบมานี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นางอัญชลี ศิริเทพทวี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

อปว
3
3 เม.ย. ๖๑



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์

เอกสารรับรองเลขที่ 002/2561 รหัสโครงการ : 02-032561

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมเสริมทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาวศิริธนา ยะมะโน

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย
4. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม

วันที่รับรอง : 30 มีนาคม 2561

วันที่หมดอายุ : 30 มีนาคม 2562

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยจากคณะกรรมการจริยธรรม
วิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์

(นางอัญชลี ศิริเทพทวี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

(นางอัญชลี ศิริเทพทวี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ภาคผนวก ฉ

เอกสารขอทดลองใช้เครื่องมือและเอกสารขอเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย



ที่ ศธ 0512.11/ 0070

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 มกราคม 2561

เรื่อง ขออนุญาตเครื่อมือให้ผลิตดำเนินการทดลองใช้เครื่อมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่อมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศิริธนา ยะมะโน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตให้ผลิตดำเนินการทดลองใช้เครื่อมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 75 คน โดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ The Kessler Psychological Distress Scales (K10) และแบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ผลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่อมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ นางสาวศิริธนา ยะมะโน ดำเนินการทดลองใช้เครื่อมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารัตน์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน โทร. 0-2218-1150

ชื่อ นิสิต

นางสาวศิริธนา ยะมะโน โทร. 08-5033-1724



ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant information Sheet)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริธนา ยะมะโน

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 425/98 ซอย 7 ถนนเพชรบุรี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม 10400
โทรศัพท์มือถือ 085-0331724

E-mail: sirithanay@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยขอชี้แจงให้ท่านได้ทำความเข้าใจและทราบว่าการวิจัยนี้ทำเพื่อต้องการทราบว่าโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดมีผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

2.1 โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือเพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด และเพื่อเปรียบเทียบภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2.3 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด เป็นโปรแกรมที่ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 4 สัปดาห์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 20 คน และ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดจำนวน 20 คน

3. รายละเอียดของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย ประชากรตัวอย่าง คือผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F20.0–F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มารับบริการแผนกจิตเวชผู้ป่วย

นอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ จังหวัดนครราชสีมา โดยกำหนดคุณสมบัติของประชากรตัวอย่างไว้ ดังนี้

3.1 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) อายุตั้งแต่ 20 – 59 ปีทั้งเพศหญิงและชาย

3.2 เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตรหรือบุคคลอื่นในครอบครัวเพียงคนเดียวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย

3.3 เป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

3.4 มีภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (K10 เท่ากับ 16 คะแนนขึ้นไป)

3.5 สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้

3.6 ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกรออกจากประชากรตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีโรคแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิตที่รุนแรง

4. รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย

4.1 **ขั้นตอนที่ 1** การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) เป็นการดำเนินการครั้งที่ 1 และ 2 ในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด ในกิจกรรมประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ระยะเวลา และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน คือการประเมินขั้นปฐมภูมิ การประเมินขั้นทุติยภูมิและการประเมินใหม่

กิจกรรมที่ 2 ประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์การดูแล ในกิจกรรมประกอบด้วยการทบทวนความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการรู้คิด และมีความรู้เรื่องการประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยใช้ความรู้และประสบการณ์จากการดูแลว่าเป็นมีผลต่อตนเองหรือไม่ พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านระหว่างสมาชิกในกลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการประเมินสถานการณ์ความเครียดแบบทำลาย โดยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงข้อดีและข้อเสียของการประเมิน

สถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกอารมณ์ทางบวก เช่น ความหวัง ความเชื่อมั่น ความตื่นตัวที่จะเรียนรู้และมุ่งหวังที่จะเอาชนะสถานการณ์ที่จะเกิดตามมา

4.2 ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) เป็นการดำเนินการครั้งที่ 3-6 ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ใช้ระยะเวลา 60 นาที ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกิจกรรม ประกอบด้วย การสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ ความรุนแรงของโรคและ ฝึกทักษะเรื่องอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา

กิจกรรมที่ 4 ให้ความรู้ในเรื่องการเผชิญความเครียดและการแก้ไขปัญหาและฝึก ทักษะการจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา ในกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องความเครียด รูปแบบการเผชิญความเครียด ข้อดีและข้อเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา รวมทั้งฝึก ทักษะการจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาและเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน

กิจกรรมที่ 5 ให้ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์และฝึก ทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจ ในกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการ เผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ข้อดีและข้อเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการ กับอารมณ์ รวมทั้งฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและฝึกการหายใจเพื่อ ผ่อนคลายความเครียด พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียดในรูปแบบต่างๆ

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาการรับรู้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ในกิจกรรมประกอบด้วย การ ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญกับการใช้แหล่งประโยชน์ใน ชุมชนที่มีอยู่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่อยู่ในชุมชนของ ตนเองและให้ผู้ดูแลได้มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน

4.3 ขั้นตอนที่ 3 การประเมินใหม่ (Reappraisal) เป็นการดำเนินการครั้งที่ 7 ใน สัปดาห์ที่ 4 ใช้ระยะเวลา 60 นาที มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 7 สรุปกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม และประเมินสถานการณ์ ความเครียดใหม่ ในกิจกรรมประกอบด้วย การทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับการฝึกในกิจกรรมที่ 1- 6 และให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันประเมินซ้ำว่าสถานการณ์จากกิจกรรมที่ 2 สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ เกิดขึ้นนั้นด้วยวิธีการอย่างไร เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้ทบทวนความรู้และทักษะในการเผชิญความเครียด ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพัฒนาการให้บริการของพยาบาลจิตเวช โดยการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจ ภายใต้การใช้อำนาจความรู้และข้อมูลเชิงประจักษ์
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพจิต สามารถนำผลที่ได้ไปวางแผนเพื่อป้องกันหรือลดภาวะกดดันด้านจิตใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

ด้านการศึกษา

เพื่อเป็นแนวทางจัดการเรียนการสอนการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจ เพื่อป้องกันและลดภาวะกดดันด้านจิตใจ รวมถึงการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

ด้านการวิจัย

เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป

6. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้
7. ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมการวิจัย แต่จะได้รับค่าใช้จ่ายในการมาเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้
8. การเข้าร่วมเป็นประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยความสมัครใจ และปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัว จากการวิจัยได้ทุกเมื่อ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการได้รับการรักษาและการพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่
9. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สะดวกมาเข้าร่วมกิจกรรมในวันและเวลาตามที่ผู้วิจัยกำหนด ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถนัดวันและเวลาที่สะดวกเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ภายหลัง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม
10. การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
11. ข้อมูลใดๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัย จะถือเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย โดยข้อมูลและผลสรุปที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้นเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ เลขที่ 86 ถนนช้างเผือก ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000 โทรศัพท์ 044-233999

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยของผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจ
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริธนา ยะมะโน

ที่อยู่ติดต่อ 425/98 ซอย 7 ถนนเพชรบุรี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม 10400

โทรศัพท์มือถือ 085-0331724,

E-mail sirithanay@gmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่ต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดี

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้นและจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัย เป็นภาพรวมเท่านั้นไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในเอกสารข้อมูลข้างต้น จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ผู้เข้าร่วมวิจัย

พยาน

ลงชื่อ.....

(นางสาวศิริธนา ยะมะโน) ผู้วิจัย



FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	๘๙๙
วันที่	๙ ๑๐ ๖๐
เวลา	๐๘.๕๕ น.
ผู้รับ	๗-๖๖

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้านางสาว ศิริธนา ยะมะโน รหัสประจำตัว ...5877312736.....
นิสิตสาขาวิชา... การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.....ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ...425/98..ซอย...7.....ถนนเพชรบุรี.....
ตำบล/แขวง.....ทุ่งพญาไท อำเภอ/เขตราชเทวี.....จังหวัด.....กรุงเทพมหานคร.....
รหัสไปรษณีย์10400..... โทรศัพท์085-0331724.....

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

.....ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ.....แบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ชื่อวิทยานิพนธ์.....ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือนางสาวนันทมนต์ อิมสุข
4. ปีของวิทยานิพนธ์.....2555.....

ลงนามศิริธนา ยะมะโน..... ผู้ยื่นคำร้อง

(...นางสาวศิริธนา ยะมะโน)

๗ / ๑๐ / ๒๕ ๖๐

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม</p> <p>(...ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน...)</p> <p>๗ / ๑๐ / ๒๕ ๖๐</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม</p> <p>(...ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ...)</p> <p>๗ / ๑๐ / ๒๕ ๖๐</p>
--	--

<p>อนุญาต</p> <p>.....</p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)</p> <p>รองคณบดี</p> <p>ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์</p> <p>..... / /</p>
--

๗๙
๑๐ ๒๕ ๖๐

From: Gorman, Teresa
Sent: Wednesday, December 20, 2017
11:00 AM
To: 'sirithanay@gmail.com'
Cc: Kang, Amie
Subject: FW: Request your permission to
apply your questionnaire instrument
(Kessler Psychological Distress Scale 10)

[Hide quoted text](#)

Dear Sirithana,

Thank you for your email about the
K10 scale . We do not have a Thai
language version and you have our
permission to carry out the translation.

CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ฅ
ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.898	10

จากตารางที่ 11 พบว่าค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .898

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.801	32

จากตารางที่ 12 พบว่าค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .801

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวศิริธนา ยะมะโน
วัน เดือน ปี เกิด	29 มิถุนายน 2531
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงใหม่
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเชียงใหม่

