



ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางสาวอัญชลี ตักโพธิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางสาวอัญชลี ตักโพธิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



THE EFFECTS OF A SELF-HELP GROUP PROGRAM ON THE
MENTAL HEALTH SELF-CARE OF SCHIZOPHRENIC
PATIENTS' PRIMARY CAREGIVERS

BY

MISS ANCHALEE TAKPHO

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING
FACULTY OF NURSING
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2016

COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางสาวอัญชลี ตักโพธิ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลัก
ผู้ป่วยจิตเภท

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษิตตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

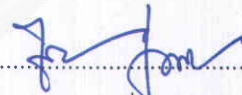
เมื่อ วันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2559

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



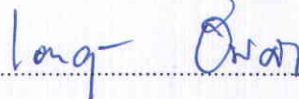
.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริยักมล รัชกุล)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



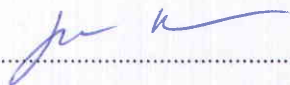
.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอกอุมา อิมคำ)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์)

คณบดี



.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.มรยาท รุจิวิชญ์)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท
ชื่อผู้เขียน	นางสาวอัญชลี ตักโพธิ์
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอกอุมา อิ่มคำ
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรับยาหรือรับยาแทน แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน และได้รับการจับคู่ ด้านเพศ และความเพียงพอของรายได้ สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการดำเนินการตามแผนการดำเนินกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง 3) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ซึ่งโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสถิติทดสอบที ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และ ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ($M=232.03$, $SD=2.10$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M=161.40$, $SD=11.96$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=32.30$, $p<.001$)

2. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1=70.63$, $SD= 11.91$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2= 1.46$, $SD=5.17$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= 29.04$, $p<.001$)

คำสำคัญ : กลุ่มช่วยเหลือตนเอง พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท



Thesis Title	THE EFFECTS OF A SELF-HELP GROUP PROGRAM ON THE MENTAL HEALTH SELF-CARE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' PRIMARY CAREGIVERS
Author	Miss Anchalee Takpho
Degree	Master of Nursing Science
Department/Faculty/University	Mental health and Psychiatric nursing Faculty of Nursing, Thammasat University
Thesis Advisor	Assistant Professor Chomchuen Somprasert, PhD.
Thesis Co-Advisor	Assistant Professor Ek-uma Imkome, PhD.
Academic Year	2016

Abstract

The purpose of this quasi experimental research, which was divided two pre-posttest groups, was to examine the effects of a self-help group program on the mental health self-care of schizophrenic patients' primary caregivers. A research sample of 60 primary caregivers that attended to schizophrenic patients in the out-patient unit at, Nakhon Phanom Rajanagarindra Psychiatric Hospital that, met the inclusion criteria were matched according to age and adequacy of income and these were randomly assigned to the experimental and control group, with 30 subjects in each group. The experimental group participated in the self-help group program while the control group received regular caring activities. The research instruments were the following: 1) a personal data questionnaire; 2) the self-help group program; and 3) a mental health self-care scale. The self-help group program was validated for content validity by 3 professional experts and the mental health self-care scale, with a Cronbach alpha coefficient reliability of .94. Data were analyzed by descriptive statistics, dependent t-test, and independent t-test.

The findings were as follows: 1) the mean score of the mental health self-care of the schizophrenic patients' primary caregivers after participating in the self-help group program ($M=232.03$, $SD=2.10$) was statistically significant higher than before participating in the program ($M=161.40$, $SD=11.96$) ($t=32.30$, $p<.001$). 2) The mean difference between pre-post mental health self-care scores for the schizophrenic patients' primary caregivers that participated in the self-help group program ($\bar{D}_1=70.63$, $SD= 11.97$) was significantly greater than that for the primary caregivers that received regular caring activities ($\bar{D}_2= 1.46$, $SD=5.17$) ($t= 29.03$, $p<.001$).

Keywords: self-help group, mental health self-care behavior, schizophrenic patients' primary caregivers

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เอกอุมา อัมคำ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ให้ความรู้ ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา ส่งเสริมและให้กำลังใจ ตลอดจนเสียสละและทุ่มเทเวลาอันมีค่าให้แก่ศิษย์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตา กรุณาในการประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณคำแนะนำจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ัญญาตี ดร.สุกมา แสงเดือนฉาย และคุณเพชรี คันธสายบัว ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยฉบับนี้ ให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคณาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณาจารย์ระดับบัณฑิตศึกษาทุกท่าน ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้และปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมที่ดีอันเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตและการทำงานที่ดีต่อไป

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พี่น้องพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่ให้โอกาสและสนับสนุนการเข้าศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา

สุดท้ายขอรำลึกถึงพระคุณบิดา มารดาผู้ให้กำเนิด ให้ความรัก ความห่วงใย อบรมสั่งสอน และเป็นกำลังใจที่สำคัญของผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนถึงญาติมิตรที่คอยช่วยเหลือเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ขอให้มีความสุขกายและสุขภาพใจที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป

นางสาวอัญชลี ตักโพธิ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

2559

สารบัญ

	หน้า
หน้าอนุมัติ	(1)
บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
สารบัญตาราง	(11)
สารบัญภาพประกอบ	(12)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	5
1.3 คำถามการวิจัย	6
1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	6
1.5 ขอบเขตการศึกษา	6
1.6 นิยามศัพท์การวิจัย	6
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
1.8 สมมติฐานการวิจัย	10
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	12
2.1.1 คำจำกัดความของผู้ดูแล	12
2.1.2 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	13
2.1.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	18
2.1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท	20
2.1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	21
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	24
2.2.1 ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	24
2.2.2 ลักษณะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	25
2.2.3 ประเภทของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	25
2.2.4 ทฤษฎีพื้นฐานในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	27
2.2.5 กลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	29
2.2.6 องค์ประกอบที่สำคัญในการจัดตั้งและดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	30
2.2.7 การจัดประสบการณ์ภายในกลุ่ม	32
2.2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	36
2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	38
2.3.1 ความหมายของสุขภาพจิต	38
2.3.2 ลักษณะผู้มีสุขภาพจิตดี	38
2.3.3 ลักษณะผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต	39
2.3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต	40
2.3.5 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	41
2.3.6 องค์ประกอบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	42
2.3.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	46
2.3.8 โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	47

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	53
3.1 รูปแบบการทดลอง	53
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	54
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	58
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	66
3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	67
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	69
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	70
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	71
4.1 การวิเคราะห์ข้อมูล	71
4.2 อภิปรายผลการวิจัย	80
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	90
5.1 สรุปผลการวิจัย	90
5.2 ข้อเสนอแนะ	91
รายการอ้างอิง	92

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	104
ภาคผนวก ก เอกสารอนุมัติจริยธรรมวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และเอกสารอนุมัติ จริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	105
ภาคผนวก ข เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย	107
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	115
ภาคผนวก ง การทดสอบทางสถิติ	120
ภาคผนวก จ สัญลักษณ์ในการนำเสนอข้อมูล	122
ภาคผนวก ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	123
ประวัติผู้เขียน	124

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตาม เพศ และความเพียงพอของรายได้	72
4.2 ข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	73
4.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามอายุ รายได้เฉลี่ย	75
4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของกลุ่มควบคุม	76
4.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของกลุ่มทดลอง	77
4.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	78
4.7 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	79

สารบัญภาพประกอบ

ภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	9
3.1 แสดงการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	57



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด ซึ่งทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภท 26 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คนในประชากรวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่จะเริ่มป่วยในช่วงปลายวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 15-35 ปี (World Health Organization, 2014) สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชในประเทศไทย พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 1,152,044 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 587,300 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2558) จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยนอกผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนกครินทร์ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2557 พบว่ามีจำนวน 22,606 ราย 25,250 ราย และ 24,680 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.5 79.2 และ 80.0 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2557) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของความคิดแต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม และสังคม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) ซึ่งโรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรังและรุนแรงซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ความสามารถมากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวช (Phanthunane et al., 2010) ดังนั้นผู้ป่วยเกือบทุกรายจึงต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องแบบโรคเรื้อรัง (รัชชัย ลิขหานาจ, 2552) ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่และสมรรถนะทางสังคมเสื่อมไป ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่นอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ (พิเชษฐ อดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันท์, 2552)

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องรับบทบาทหนักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารยา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีหน้าที่ในการจัดเตรียมยาให้เพียงพอ การพาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไปพบแพทย์เพื่อรับยาตามนัด การกำกับดูแลให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทรับประทานยาตรงตามเวลา และตรงตามแผนการรักษา และการเอาใจใส่ดูแลขณะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการข้างเคียงจากยา (บัวลอย แสนละมุล, 2557) บทบาทด้านการจัดการกับอาการของโรคที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีหน้าที่สังเกตอาการด้านลบ เช่น อาการซึมเฉย เก็บตัว หรือไม่ค่อยแสดงออก พร้อมทั้งตรวจสอบข้อมูลและสังเกตอย่างใกล้ชิดก่อนพาไปพบแพทย์ นอกจากนี้แล้วยังต้องจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำหน้าที่ขอรับรองไม่ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายคนอื่น เก็บของมีคมต่างๆ ไว้เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการเอะอะ อาละวาด ก้าวร้าว การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านเมื่อ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการผิดปกติจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ การขอโทษเพื่อนบ้านที่ถูกผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้าย และขอรับรองให้เพื่อนบ้านออกจากสถานการณ์เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะทำร้าย อีกทั้งยังต้องอธิบาย ให้เพื่อนบ้านเข้าใจเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายผู้อื่น (บัวลอย แสนละมุล, 2557) และบทบาทในการดูแลด้านการดำเนินชีวิต

ร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งต้องทำหน้าที่จัดหาอาหาร การดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้าและของใช้ต่างๆ การดูแลการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การกระตุ้นหรือเปิดโอกาสผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมรื่นเริงของครอบครัว สังคมและชุมชน การควบคุมไม่ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ดื่มสุราหรือสารเสพติดทุกชนิด รวมทั้งการป้องกันการถูกล้อเลียน หรือรังเกียจจากบุคคลอื่น (บัวลอย แสนละมุล, 2557)

จากบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังที่กล่าวไปนั้น ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย (physical domain) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลานานส่งผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้าประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม อากาศอ่อนเพลีย และนอนไม่หลับเกิดขึ้น และอาจได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้าย (เดือนแรม ยศปัญญา, 2557) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมายาวนานส่งผลกระทบต่อตรงด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological and emotional) ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจหลายๆ ด้าน เกิดความเครียด และวิตกกังวลและมีอาการซึมเศร้า (ปานิสรา เกษมสุข, 2551) ถ้าความเครียดนั้นมีมากและเกิดขึ้นยาวนานจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิด สติ ปัญญา อารมณ์ และเจตคติ ของผู้ดูแล (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ส่งผลให้ไม่สามารถระบายความรู้สึกที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (นงคราญ รวงแดง, 2550) ทำให้เกิดการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (สายใจ แก้วอนันตคุณ, 2552) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกทุกข์ ท้อแท้ (มยุรี กลีบวงค์, 2552) และมีความทุกข์ทางด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง (Mitsonic et al., 2010) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชาวอเมริกันมักก็กันมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30 (Sandy, Jorge, Maria & Raymond, 2007) และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดเกิดขึ้นขณะอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Tannis, John, Ian & Robert, 2002) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจอย่างต่อเนื่องเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว (Hanzawa et al., 2012) และมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (อุษา แก้วอำภา, 2555) มีภาวะกดดันด้านจิตใจสูงขึ้น (นัทธมนต์ ฉิมสุข, 2557) ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพจิต (ธิดารัตน์ คะนิงเพียร, 2550; Kausar, 2009)

ผลกระทบด้านความเป็นอิสระของบุคคล (level independence) เนื่องจากภาระหลายอย่างที่ต้องคอยดูแลและรับผิดชอบ ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนได้ ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย ทำให้รู้สึกว่าตนเองทำหน้าที่มากเกินไป เพราะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลมีชีวิตความเป็นส่วนตัวลดน้อยลง ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเอง (นัทธมนต์ ฉิมสุข, 2557) อีกทั้งยังส่งผลกระทบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) จากการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการผิดปกติของผู้ป่วยทั้งด้านความคิดอารมณ์พฤติกรรม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลงความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องห่างเหินไป และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและสังคมน้อยลง (Ukpong, 2011) นอกจากนี้แล้วการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาวมายาวนานยังส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจ (economic domain) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประสบปัญหาเศรษฐกิจ

เนื่องจากต้องใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ารักษาและค่าใช้จ่าย ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและบางครั้งผู้ดูแล ต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ ทำให้เกิดปัญหาด้านการเงิน และมีคุณภาพชีวิตลดลง (นภภรณ์ พึ่งเกษมสุนทร, 2554) ผลกระทบด้านสุดท้ายเป็นผลกระทบด้านจิตวิญญาณและความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality / personal beliefs) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีชีวิตอยู่กับสภาพจิตใจ ที่บอบช้ำและตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา ซึ่งความรู้สึกเหล่านั้น ได้แก่ ความเศร้าโศก ความรู้สึกผิด หมกดำลใจท้อแท้ และสิ้นหวัง (รัตนา พันจ้อย, 2557) นอกจากนี้บางรายยังมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตมีสาเหตุมาจากทางด้านไสยศาสตร์หรือเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ ทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาทางช่วยเหลือทางจิตวิญญาณผู้ดูแลบางรายนำผู้ป่วยไปทำพิธีทางไสยศาสตร์ เช่น การขอให้พระรัตนน้ามนต์ และให้หมอผี ทำพิธีขับไล่ผี เป็นต้น เมื่ออาการไม่ดีขึ้นก็ไม่กล้าพาผู้ป่วยมารักษาต่อในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วย (สุนทรีภรณ์ ทอไสย, 2558)

ซึ่งจากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลต้องได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ ตลอดจนให้การดูแลเชิงรุกในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ดูแล (อุษา แก้วคำภา, 2555) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสนใจในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตน้อย (Sandy, Jorge, Maria & Raymond, 2007) การจัดการความเครียดของผู้ดูแลหลักเมื่ออยู่ร่วมบ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทยังไม่ดี (Tannis, John, Ian & Robert, 2002) และยังไม่ทราบวิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้น (Suro & Mamani, 2013) ผู้วิจัยจึงเห็นควรที่จะมีวิธีการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการที่บุคคลจะมีสุขภาพจิตที่ดีบุคคลจำเป็นต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นพื้นฐานของบุคคลที่พึงกระทำ มองเห็นคุณค่าของการกระทำ และตัดสินใจลงมือกระทำอย่างต่อเนื่อง จึงจะเกิดผลต่อการมีสุขภาพจิตที่มีภาวะที่เป็นสุขได้ ซึ่งประกอบด้วย 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

ในประเทศไทยมีวิธีการช่วยเหลือให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีหลากหลายวิธี ได้แก่ การฝึกการแก้ไขปัญญา (ลัดดา แสงสีทา, 2545) กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริง (เกษณี คำจันทร์, 2546) การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ใช้แรงงาน (ทชภา นาคประเสริฐ, 2550) และการปรึกษารายบุคคลอิงทฤษฎีมนุษยนิยม (ธัญญนันท์ เนตรธนู, 2551) จากการศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้และดำเนินกลุ่ม การมีส่วนร่วมของสมาชิกภายในกลุ่มยังมีน้อย ทำให้สมาชิกภายในกลุ่มยังไม่สามารถแสดงศักยภาพของตนเองในด้านการคิด การแก้ไขปัญญา หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตด้วยตนเอง ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้และสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) และการที่บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีนั้นส่งผลให้บุคคลสามารถเรียนรู้ทักษะ

การเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้การดูแลตนเองทั่วไปดีขึ้น สามารถจัดการกับเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงได้ (ธนัญญา เนตรธนู, 2551) เป็นการส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง มีความรู้เกี่ยวกับตนเองทำให้รู้จักใช้ศักยภาพในการพัฒนาตนเองและสังคม (มัลลิกา ทัดมาลา, 2555) และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความเครียด เมื่อบุคคลไม่เกิดความเครียดย่อมส่งผลให้มีสุขภาพจิตและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (ทชภา นาคประเสริฐ, 2550)

จากการศึกษาพบว่า มีการนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจากการศึกษาของ บุปผา ธนิกกุล (2556) ได้ศึกษา ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้เพื่อลดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง และในต่างประเทศมีการนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวดีขึ้น (Chien, Norman & Thompson, 2004) ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำลดลง (Chien & Chan, 2013) และช่วยลดความรู้สึกละเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Chien, Norman & Thompson, 2015) จากงานวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยลดความรู้สึกละเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น อีกทั้งยังทำให้ความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง

กลุ่มช่วยเหลือตนเองเกิดจากการรวมตัวของสมาชิกด้วยความสมัครใจ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน เป็นการประคับประคองจิตใจ และการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม โดยบุคคลจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่มีประสบการณ์ตรงและสมาชิกในกลุ่มประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกันได้มาร่วมระบายนความรู้สึกร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก เพื่อให้สมาชิกสามารถปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ประสบการณ์ของแต่ละคนที่ได้รับ และสามารถแก้ไขปัญหานั้นผ่านพ้นภาวะต่างๆมาแล้วนั้นมาร่วมกันอภิปรายเพื่อให้สมาชิกมีแนวทางในการแก้ปัญหา และเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ มีการให้ข้อมูล ที่เป็นความรู้และการพัฒนาทักษะ ซึ่งการยอมรับและการใช้ประสบการณ์จากกลุ่มเพื่อน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดทัศนคติ อารมณ์ และพฤติกรรม (Walz & Bleuer, 1992) และผู้วิจัยนำแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (EAP) เป็นตัวดำเนินกิจกรรมจะช่วยส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ตนเองและเฝ้าระวังกระบวนการการเรียนรู้ภายในกลุ่มเพิ่มมากขึ้น (สันติ จิตรระจินดา และ สมศักดิ์ กัญหา, 2548)

จากการนำแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์มาใช้ในนักศึกษาปริญญาตรีหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต พบว่า ช่วยพัฒนาคนและพัฒนาทักษะทางวิชาการของนักศึกษาเพิ่มมากขึ้น (สุปรียา ตันสกุล และ ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์, 2553) อีกทั้งยังพบว่า ช่วยให้เด็กนักเรียนสามารถคิดวิเคราะห์ที่โจทย์ปัญหา และหาแนวทางแก้ปัญหานั้นๆได้ถูกต้อง (อุไรวรรณ ศักดิ์ศาสตร์, 2556) นอกจากนี้แล้วยังส่งเสริมให้ผู้ปกครองเข้าใจปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์จากการปฏิบัติการดูแลช่องปากที่ เกิดความภาคภูมิใจ และเกิดความเข้าใจตรงกัน

(อุดมพร รักเกล้า และจารุวรรณ วงษ์เวช, 2558) จะพบว่าแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ช่วยให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ร่วมกับการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ เพื่อเป็นการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ในกลุ่ม กระตุ้นการคิดวิเคราะห์ตนเอง การมีส่วนร่วมของสมาชิกภายในกลุ่ม เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากสมาชิกที่มีปัญหาเรื่องเดียวกัน มีการให้ข้อมูลจากสมาชิกที่เคยมีประสบการณ์และผ่านปัญหานั้นมาได้มาให้คำแนะนำ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม มีการประคับประคองด้านจิตใจและเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองร่วมกับแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์มาเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

จากแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) กำหนดวิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพจิต คือ “ประชาชนมีสุขภาพจิตดี สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข” โดยมีเป้าหมาย คือ ร้อยละ 70 ของประชาชนมีสุขภาพจิตดี (กรมสุขภาพจิต, 2557) ในฐานะเป็นพยาบาลจิตเวช รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ผู้วิจัย ได้วิเคราะห์ถึงแนวโน้มการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงเห็นความสำคัญในการพัฒนากลยุทธ์ในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเมื่อผู้ดูแลหลักมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีแล้ว จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.2.2.1 เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1.2.2.2 เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองหรือไม่

1.3.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

1.4.1 ตัวแปรต้น (Independent Variables) คือ โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1.4.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

1.5 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) สองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) ในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2559

1.6 นิยามศัพท์การวิจัย

1.6.1 **ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ซึ่งอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคจิตเภท และมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทางสายเลือด ทางกฎหมาย หรือเครือญาติ ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติ พี่น้อง ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี และมีอายุ 20 ปี ขึ้นไป

1.6.2 **โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง** หมายถึง กระบวนการที่เกิดจากการรวมตัวของสมาชิกด้วยความสมัครใจ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน เป็นการประคับประคองจิตใจ และการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม โดยสมาชิกในกลุ่มจะได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกที่มีประสบการณ์ตรงและสมาชิกในกลุ่มที่ประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกันได้

มาร่วมระบายนความรู้สึกร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร มีการให้ข้อมูลที่เป็นความรู้และการพัฒนาทักษะ และให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก โดยใช้ประสบการณ์ของแต่ละคนที่ได้รับมาร่วมกันอภิปรายเพื่อให้สมาชิกมีแนวทางเพื่อหาแนวทางการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของสมาชิก และเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ กระบวนการกลุ่มเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในกลุ่ม ทั้งนี้ ผู้วิจัยนำแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential activities planner : EAP) มาเป็นตัวดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่ม โดยออกแบบกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 100 นาที ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ มีการบ้านและมีการโทรติดตาม โดยผู้วิจัยมีบทบาทในการทำหน้าที่ประสานงานของกลุ่มให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและให้ความกระจ่างแก่สมาชิกกลุ่มในเรื่องกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย ให้กำลังใจ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินกลุ่ม

1.6.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทกระทำอย่างจริงจังด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งภาวะปกติและในยามที่มีปัญหาด้านจิตใจ ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองทั่วไป มีการประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของฮิลล์ และ สมิธ (Hill & Smith, 1990) ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธ์ โดยมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1- 4 คะแนน

1.6.4 การได้รับการดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชในแผนก

ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ประกอบไปด้วย การซักประวัติของผู้ป่วยจิตเภท จากผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การรับประสานยาต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัด

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) ของวอลซ์ และ บลูเออร์ (Waltz & Bleuer, 1992) ซึ่งการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะได้รับการให้ความช่วยเหลือใน 4 ลักษณะ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (share emotional and social support) การให้ข่าวสารระหว่างสมาชิก (information) การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้และการพัฒนาทักษะ (education and skill development) และการให้ความช่วยเหลือ (advocacy) โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแผนการเรียนรู้ผ่าน

ประสบการณ์ (experiential activities planner : EAP) 20 มาเป็นตัวดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่มแต่ละครั้ง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 อุ่นเครื่อง (warm up) ขั้นที่ 2 แนะนำปัญหา/โจทย์ (problem identification) ขั้นที่ 3 ไตร่ตรองทางแก้ไขเฉพาะตน (individual exploration) ขั้นที่ 4 ระดมสมองทางออก โดยกลุ่ม (group works) ขั้นที่ 5 สื่อสารทางออก (communication) ขั้นที่ 6 ถอดรหัสปรับใช้ (debriefing) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้กับกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะคล้ายกัน ในที่นี้คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเมื่อสมาชิกเข้ากลุ่มในระยะแรกสมาชิกภายในกลุ่มเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทเหมือนกัน จะทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่แตกต่างจากคนอื่น เกิดความรู้สึกใหม่ว่าเขาไม่ได้อยู่ คนเดียวในโลก นี้ ยังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกัน ทำให้เกิดการพูดคุยระหว่างสมาชิกด้วยกัน เกิดการแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (share emotional and social support) ส่งผลทำให้สมาชิกได้ระบายความเครียด ความคับข้องใจ ทำให้คลายจากความทุกข์ทำให้สมาชิกกล้าแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ส่งเสริมการรู้จักตนเอง และเกิดความไว้วางใจกันภายในกลุ่ม โดยกิจกรรมที่จัดให้ในช่วงแรก เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพและบรรยากาศการเรียนรู้ (warm up) เมื่อสมาชิกเกิดความไว้วางใจและพร้อมที่จะเรียนรู้แล้ว สมาชิกภายในกลุ่มตระหนักถึงปัญหาของตนเอง โดยผู้วิจัยจะช่วยกระตุ้นสมาชิกโดยใช้อุบายที่สร้างสรรค์ เช่น ภาพ วิดีโอ คำคม (problem identification) ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกเกิดมโนภาพ สมาชิกคิดค้นหาปัญหาของตนเอง นึกถึงความรู้เดิมที่ตนเองเคยรู้ แล้วตรวจสอบเพื่อทำความเข้าใจปัญหาจากมุมมองของตนและสร้างข้อคิดเห็นที่เกี่ยวกับทางออกของปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ (cognitive domain) จากนั้นสมาชิกนำความรู้ของตนที่มีมาช่วยกันระดมสมอง (group works) โดยสมาชิกช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ประคับประคองจิตใจกัน ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความเข้าใจซึ่งกันและกัน เกิดความรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น และเชื่อมั่นในตนเอง สมาชิกได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น แสดงบทบาทต่อสมาชิกด้วยกัน เป็นผู้นำและผู้ตามในการแก้ปัญหาตามที่มีสมาชิกได้ประสบมา ซึ่งเป็นสิ่งชักจูงให้สมาชิกต้องมีการปรับปรุงตนเอง และมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์จากสมาชิกคนอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้มีโอกาสร่วมรับรู้ปัญหาของคนอื่นๆในกลุ่ม ทำให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาคนเดียว ได้รับการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร (information) ได้รับความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างไปจากเดิม (education and skill development) มีความกระจำจขึ้น เกิดการเรียนรู้ว่าจะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องและเหมาะสมได้อย่างไร เกิดการให้ความช่วยเหลือระหว่างสมาชิก (advocacy) สมาชิกนำคำแนะนำ ไปสังเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งการยอมรับและการใช้

ประสบการณ์จากกลุ่มเพื่อน จะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความสนใจ เจตนาคติ และความเชื่อขณะเข้ากลุ่ม (affective domain) ซึ่งในช่วงท้ายของการทำกลุ่ม สมาชิกประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ภายหลังเข้ากลุ่ม สมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ได้ร่วมกันจากการเข้ากิจกรรม การให้แรงเสริมทางบวก และสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งทางเลือกต่างๆ และโอกาสในการกระทำต่อเนื่อง และนำสิ่งที่ได้รับจากกลุ่มไปปรับใช้ (debriefing) เมื่อเข้ากลุ่มต่อเนื่องจะทำให้สมาชิกมีทักษะในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตตามมาก (psychological domain) จะเห็นว่าการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยใช้รูปแบบแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ จะช่วยให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด และทัศนคติ เกิดการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ ซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้สรุปดังภาพประกอบที่ 1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.8 สมมติฐานการวิจัย

1.8.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท หลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1.8.2 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.9.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

เพื่อนำผลของโปรแกรมไปขยายผลโดยการฝึกอบรมบุคลากรที่มีสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ

1.9.2 ด้านการศึกษาวิจัย

เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีเนื้อหา ดังนี้

2.1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1.1 คำจำกัดความของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.1.2 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.1.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

- 2.2.1 ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
- 2.2.2 ลักษณะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
- 2.2.3 ประเภทของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
- 2.2.4 ทฤษฎีพื้นฐานในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
- 2.2.5 กลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
- 2.2.6 องค์ประกอบที่สำคัญในการจัดตั้งและดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
- 2.2.7 การจัดประสบการณ์ภายในกลุ่ม
- 2.2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

- 2.3.1 ความหมายของสุขภาพจิต
- 2.3.2 ลักษณะผู้มีสุขภาพจิตดี
- 2.3.3 ลักษณะผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต
- 2.3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต

2.3.5 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

2.3.6 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

2.3.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

2.3.8 โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1.1 คำจำกัดความของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Horovitz, 1985 อ้างถึงใน บุปผา นิกกุล, 2555 ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ คือ

2.1.1.1 ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การจัดยาให้รับประทานมุ่งเน้นการกระทำที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย และใช้เวลาการดูแลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมากกว่าคนอื่น

2.1.1.2 ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำแก่ผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นระยะติดต่อกับชุมชน หรือการดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือช่วยผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือหรือการดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อบุคคลอื่น โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง (วริศราใจคำปัน, 2550)

ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค (เดือนแรมยศปัญญา, 2555)

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ซึ่งอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคจิตเภทและมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทางสายเลือด ทางกฎหมาย หรือเครือญาติ ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติ พี่น้อง ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี และมีอายุ 20 ปี ขึ้นไป

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องทำหน้าที่ทั้งบทบาทสมาชิกในครอบครัวและบทบาทที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นบทบาทที่จำเป็นต้องกระทำผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีอาการเรื้อรังและต้องการดูแลระยะยาว ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องรับบทบาทในการดูแลเป็นระยะเวลานาน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2558) ได้แบ่งบทบาทของผู้ดูแลเป็น 2 กลุ่ม คือ

(1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลเป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้รับประทานยา การให้รับประทานอาหาร การให้รับประทานยา เป็นต้น ซึ่งเป็นการดูแลด้านร่างกายเท่านั้น มักละเลยการดูแลด้านภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย

(2) บทบาทของผู้จัดการดูแล (care manager role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ในการประสานงานในการประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือบริการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ในด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู

ดังนั้นสรุปได้ว่า ผู้ดูแลต้องมีบทบาทในการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ตลอดจนการประสานงานกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ได้รับการบริการที่ครอบคลุม และเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข

2.1.2 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ภัทรภรณ์ พุงปันคำ (Tungpunkam, 2000) สัมภาษณ์เชิงลึกในมารดา 30 คน ที่ให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทและมารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะต้องดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารยา ด้านการจัดการกับอาการของโรค และด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ดังนี้

2.1.2.1 ด้านการบริหารยา ประกอบด้วย

(1) การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ ได้แก่ การสังเกตจำนวนยาที่เหลือทุกครั้งที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับประทานยา การหาวิธีเพื่อขอรับยาก่อนวันนัดหากมียาไม่เพียงพอที่จะให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับประทาน การพาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไปพบแพทย์เพื่อรับยาตามนัด การกำกับดูแลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับประทานยาตรงตามเวลาตามแผนการรักษา

(2) การดูแลด้านความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ การจัดเตรียมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับประทานยาต่อหน้าทุกครั้ง การเตือนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับประทานยาตามกำหนดเวลาหากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมึนรับรับประทานยา การอธิบายถึงผลเสียของการลืมหรือไม่รับประทานยาตาม

แผนการรักษา การหาวิธีให้ผู้ที่เป็โรครจิตเภทได้รับประทานยาเมื่อผู้ที่เป็นโรครจิตเภทมีอาการทางจิต และไม่ยอมรับประทานยา

(3) การดูแลด้านการปรับเปลี่ยนยา ได้แก่ การเอาใจใส่ดูแลขณะที่ผู้ที่เป็นโรครจิตเภทมีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรครจิต การพาผู้ที่เป็นโรครจิตเภทไปพบแพทย์เพื่อขอปรับเปลี่ยนยาเมื่อผู้ที่เป็นโรครจิตเภทได้รับผลข้างเคียงจากยารักษาโรครจิตมากขึ้น การดูแลให้ผู้ที่เป็โรครจิตเภทรับประทานยาต่อไปแม้ผู้ที่เป็นโรครจิตเภทจะมีอาการดีขึ้น และไม่ให้ผู้ที่เป็นโรครจิตเภทหยุดรับประทานยา ผู้ที่เป็นโรครจิตเภทหากแพทย์ไม่ได้สั่ง

2.1.2.2. ด้านการจัดการกับอาการของโรครที่เกิเกิดขึ้น ประกอบด้วย

(1) การจัดการกับอาการทางจิตของโรครจิตเภท ได้แก่ การสังเกตอาการเตือน การกระตุ้นผู้ที่เป็นโรครจิตเภทให้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นเมื่อผู้ที่เป็นโรครจิตเภทมีอาการซึมเฉย เก็บตัว หรือไม่ค่อยแสดงออก การแสดงท่าทีสงบ ไม้โต้แย้ง ไม้ตำหนิ และอธิบายให้ผู้ที่เป็นโรครจิตเภทได้ เข้าใจถึงความเป็นจริงผู้ที่เป็นโรครจิตเภทพร้อมทั้งหากิจกรรมที่เพลิดเพลินให้ผู้ที่เป็นโรครจิตเภท ทำเมื่อผู้ที่เป็นโรครจิตเภทมีอาการหลงผิด การตรวจสอบข้อมูลและสังเกตอย่างใกล้ชิดก่อนพาไปพบแพทย์เมื่อผู้ที่เป็นโรครจิตเภทมีอาการหูแว่ว

(2) การจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็นโรครจิตเภท ได้แก่ การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านเมื่อผู้ที่เป็นโรครจิตเภทมีอาการผิดปกติจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ การเก็บ ของมีคม ต่างๆ ไว้เมื่อผู้ที่เป็นโรครจิตเภทมีอาการเอะอะ อาละวาด ก้าวร้าว การขอโทษเพื่อนบ้านที่ถูกผู้ที่เป็นโรครจิตเภททำร้าย การขอร้องไม่ให้ผู้ที่เป็นโรครจิตเภททำร้ายคนอื่น การขอร้องให้เพื่อนบ้านออกจาก สถานการณ์เมื่อผู้ที่เป็นโรครจิตเภทจะทำร้าย การอธิบายให้เพื่อนบ้านได้เข้าใจ

(3) การจัดการกับอาการเมื่อผู้ที่เป็นโรครจิตเภททำร้าย ได้แก่ การพูดคุยโดยใช้ เหตุผล เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรครจิตเภทสงบลง การควบคุมสิ่งแวดลอมให้ปลอดภัย

2.1.2.3 ด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ที่เป็นโรครจิตเภท ประกอบด้วย

(1) การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ การจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ให้แก่ ผู้ที่เป็นโรครจิตเภทได้รับประทานครบทั้ง 3 มื้อ การกระตุ้นหรือช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรครจิตเภทในการดูแล ความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้าและของใช้ต่างๆ การดูแลการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การสนับสนุนให้ออก กำลังกายอย่างเหมาะสมและการสนับสนุนให้ผู้ที่เป็นโรครจิตเภทได้มีกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินและการ ผ่อนคลาย

(2) การดูแลด้านสังคม ได้แก่ การกระตุ้นหรือเปิดโอกาสผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมรื่นเริงของครอบครัว การสนับสนุนให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีส่วนร่วมในกิจกรรมพิเศษของสังคมและชุมชน การให้โอกาสหรือกระตุ้นให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้พูดคุย สันทนาการกับเพื่อนบ้าน หรือผู้อื่นที่มาเยี่ยมเยียน

(3) การดูแลด้านกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ ได้แก่ การให้โอกาสหรือกระตุ้นให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ช่วยเหลืองานบ้าน การสนับสนุนและสอนให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ประกอบอาชีพตามความสามารถที่มีอยู่

(4) การดูแลด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยจากสารเสพติด ได้แก่ การควบคุมไม่ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทดื่มสุราหรือสารเสพติดทุกชนิด

(5) การดูแลด้านการป้องกันการถูกล้อเลียน หรือรังเกียจจากบุคคลอื่น ได้แก่ การแนะนำหรือสอนให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทยึดหลักธรรมะ ทำจิตใจให้สบายไม่คิดมากเมื่อถูกผู้อื่นล้อเลียน การอธิบายให้เพื่อนบ้านได้เข้าใจและขอร้องไม่ให้ล้อเลียนผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

สุนีย์ แสงแก้ว (2555) ได้สรุปการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ 10 ด้าน ดังนี้

(1) ให้ความรักความเมตตาต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยให้การปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความจริงใจ มีความสุภาพอ่อนโยน มีความอดทนภายใต้สภาวะการณ์ต่างในขณะดูแล เห็นอกเห็นใจในความเจ็บป่วยตามความเหมาะสม เสียสละเวลาในการดูแลช่วยเหลือเรื่องต่างๆ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน หรือค่าจ้าง

(2) ให้ความหวังและให้กำลังใจ โดยการกล่าวชมเชยในความสำเร็จของผู้ป่วยแม้เป็นเรื่องเล็กน้อยก็ตาม ให้อภัยและพร้อมทั้งยอมรับความล้มเหลวของผู้ป่วย เช่น การโอบกอด การแสดงความเห็นใจและการกระตุ้นให้ปฏิบัติในสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถทำได้สำเร็จ รวมทั้งการบอกกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของตัวเอง เช่น รับผิดชอบกินยาเอง แต่งตัวสะอาดเรียบร้อยมากขึ้น เป็นต้น

(3) สังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท ความต้องการ หรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจิตเภทที่พบบ่อย ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ได้แก่ อาการข้างเคียงจากยา เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง น้ำลายไหล เดินตัวทื่อ อาการเหล่านี้ไม่เป็นอันตราย จึงควรให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้อาการ หากอาการยังไม่หายควรปรึกษาแพทย์ ในบางรายอาจน้ำหนักเพิ่มขึ้นเนื่องจากยากระตุ้นให้มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น จึงควรควบคุมอาหารประเภทแป้ง ไขมัน น้ำตาล รวมทั้งออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 2) ด้านอารมณ์ และด้านสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่

ผู้ป่วยซึมเฉย ไม่ยอมพูด หงุดหงิด โกรธง่าย เมื่อพบอาการดังกล่าว ผู้ดูแลควรเข้าไปซักถาม ค้นหาสิ่งที่มากระทบจิตใจ แสดงความสนใจ และเสนอตัวเข้าช่วยเหลือ ในบางอาจมีอาการคลุ้มคลั่ง ดุด่าอาละวาด เมื่อพบอาการดังกล่าว ผู้ดูแลควรปฏิบัติดังนี้

1. มีท่าทีสงบต่อพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกโกรธและไม่พึงพอใจออกมา
3. ผู้ป่วยที่เอะอะอาละวาดทำลายสิ่งของ ทำร้ายร่างกายตนเองหรือ ทำร้าย

ผู้อื่น ควรผูกมัดหรือจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยป่วยชั่วคราว จากนั้นนำส่งโรงพยาบาล

(4) มีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจผู้ดูแล ซึ่งแสดงออกโดยการแสดงความห่วงใย และในขณะเดียวกันผู้ดูแลก็ควรบอกความรู้สึกและความต้องการของตนเองอย่างเปิดเผย รวมทั้งร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันกับผู้ป่วย เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ประกอบอาหาร รับประทานอาหารร่วมกัน เป็นต้น เพื่อการเสริมสร้าง และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

(5) แสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภททางด้านบวกและด้านลบ ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติของความคิด พฤติกรรม อารมณ์และการแสดงออกที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม หากผู้ดูแลเข้าใจสาเหตุของพฤติกรรมต่างๆ แล้วควรยอมรับพร้อมให้อภัยแสดงออกโดยไม่รังเกียจหรือตำหนิผู้ป่วย ไม่ดูถูกเหยียดหยาม แต่ก็ไม่ควรตามใจหรือสนับสนุน ควรพยายามอธิบาย ให้ผู้ป่วยเข้าใจด้วยเหตุผล ไม่ตอบสนองความต้องการ เมื่อผู้ป่วยแสดงวาทะที่ทางที่ไม่เหมาะสม

(6) แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล การพิจารณาแก้ไขปัญหายังเป็นระบบและเชื่อมโยงจากเหตุสู่ผลมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การค้นหาสาเหตุของปัญหาโดยการซักถามจากผู้ป่วย บุคคลรอบข้างหรือทีมบุคลากรที่รักษา และจากการสังเกตของผู้ดูแลเอง เมื่อทราบสาเหตุที่แท้จริงแล้ว ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรพูดคุยกัน ไม่ตำหนิ ควรสอบถามเหตุผลของพฤติกรรมดังกล่าว หากเป็นความเข้าใจผิดจำเป็นต้องอธิบายถึงสิ่งที่ถูกต้องให้ฟัง หากเป็นการรับรู้ที่ผิด เช่น มีประสาทหลอน ผู้ดูแลอาจต้องอยู่เป็นเพื่อน พร้อมกับให้ข้อมูลที่ เป็นจริง เป็นต้น แต่ถ้ามีพฤติกรรมใดจำเป็นต้องแก้ไข ผู้ดูแลควรมีการตกลงร่วมกับผู้ป่วย และชักชวนให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนประสบผลตามที่วางแผนไว้ร่วมกัน

(7) ชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ผิดพลาดจึงมักแสดงพฤติกรรมตามการรับรู้ที่ผิด เช่น แยกตัว หวาดระแวง กลัว เป็นต้น ผู้ดูแลจะช่วยบรรเทาอาการเหล่านี้ได้ด้วยการเข้าไปอยู่เป็นเพื่อน ให้ความมั่นใจ เอาใจใส่ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ

การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงออกอย่างเหมาะสม เช่น การทักทาย การพูดคุยกับผู้อื่น เป็นต้น

(8) จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย ผู้ดูแล คือ สิ่งแวดล้อมที่สำคัญอันดับแรกของผู้ป่วย และมีบทบาทสำคัญในการดูแลและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ให้มีบรรยากาศของความรัก ความอบอุ่นและปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีความเป็นอยู่ที่ดีตามอัตภาพซึ่งผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ โดยการจัดที่อยู่อาศัยให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ปลอดภัยต่อสิ่งที่เป็นอันตราย และสิ่งกระตุ้นการกำเริบของโรค คอยเชื่อมประสานให้มีความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่น ๆ คนครอบครัว เป็นต้น

(9) ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป เช่น ต้องกินยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน ต้องการความเข้าใจ ในอารมณ์ และความรู้สึกมากกว่าปกติ ต้องการความเข้าใจและยอมรับจากบุคคลทั่วไป และท้ายที่สุดคือ ต้องการมีชีวิตที่ผาสุก ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนี้

1. การตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลให้กินอาหารและน้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน การกินยาตามจำนวนและวันเวลาอย่างถูกต้อง ช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำความสะอาดของร่างกาย การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ

2. ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะมีความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และการแสดงทางอารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความรู้สึก ทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เช่น การยิ้ม หัวเราะคนเดียว การร้องตะโกนที่สาธารณะ เป็นต้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การบอกเล่าและแสดงเป็นแบบอย่างของการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

3. ตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในและครอบครัวโดยเหมาะสม และให้ความเคารพนับถือตามสมควร

(10) ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพลังในการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งผู้ดูแลสามารถทำได้ โดยการให้ผู้ป่วยยอมรับสิ่งที่เป็นธรรมชาติของชีวิต เช่น การเกิด แก่ เจ็บ ตาย หรือความเจ็บปวดของตนเอง รวมทั้งฝึกให้มีความอดทนต่อความผิดหวังบ้าง และสนับสนุนให้ปฏิบัติศาสนกิจ เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การไหว้พระสวดมนต์ เป็นต้น

ดังนั้นจึงสรุปกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลไว้ 4 ด้านดังนี้ คือ

(1) **ด้านร่างกาย** ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย รวมถึงการควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติดทุกชนิด การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น

(2) **ด้านจิตใจ** เช่น การให้กำลังใจ การชมเชย การให้คำปรึกษาไม่แสดงอารมณ์หรือดูว่าผู้ป่วย การบอกให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ป่วยเอง

(3) **ด้านสังคม** ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ร่วมกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน การได้สนทนากับเพื่อนบ้าน และการอธิบายให้เพื่อนบ้านเข้าใจในอาการของผู้ป่วยไม่ล้อเลียน

(4) **ด้านเศรษฐกิจ** ได้แก่ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ประกอบอาชีพตามความสามารถของตนเอง

ดังนั้นสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลและครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญหลักที่จะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชเรื้อรังที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลจึงต้องรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลเรื่องการรับประทานยา การปรับระดับประคองจิตใจ และการมีสัมพันธภาพในสังคม

2.1.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้เวลารักษายาวนานทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล ดังนี้

2.1.3.1 ด้านร่างกาย (physical domain) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวในด้านร่างกายเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท มักมีอาการเรื้อรังต้องได้รับการรักษาในระยะยาว บางครั้งมีอาการหรือพฤติกรรมรุนแรงไม่อาจคาดคะเนได้เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ก้าวร้าว ต่ำว่าเพื่อนบ้าน นอนไม่หลับ มีพฤติกรรมรบกวนการนอนของผู้อื่น บางครั้งทำร้ายสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้าประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย เช่น การศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2550) เกี่ยวกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าได้น้อยลง เหนื่อยอ่อนเพลีย และได้รับบาดเจ็บ จากการถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้ายร่างกาย ผู้ดูแลมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ทำให้มีภาวะสุขภาพทรุดโทรม (สุนีย์ แสงดาว, 2555)

2.1.3.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological and emotional) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจหลายๆด้าน เกิดความเครียดเครียด กังวลและมีอาการซึมเศร้า และมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัยพงศ์สงวนสิน, 2555)

2.1.3.3 ด้านความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence) การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ระดับความเป็นอิสระของบุคคลบกพร่องไป ทั้งนี้เนื่องจากภาวะหลายอย่างที่ต้องคอยดูแลและรับผิดชอบ ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนได้ ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังรู้สึกว่าคุณเองทำหน้าที่มากเกินไป (นภภรณ์ พึ่งเกษมสุนทร, 2554) เพราะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาของ มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และคณะ (2555) เกี่ยวกับสถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ตามการรับรู้ของครอบครัว พบว่าผู้ดูแลมีชีวิตความเป็นส่วนตัวย่นลงกว่าเดิม จากปัญหาและการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเอง โอกาสในการพบปะเพื่อนบ้านหรือการมีกิจกรรมทางสังคมลดลง

2.1.3.4 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) ขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว พบว่าคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวด้านความสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่องไป ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าจากการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการผิดปกติของผู้ป่วยทั้งด้านความคิด อารมณ์พฤติกรรม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลงความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องห่างเหินไปและการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อยลง (นภภรณ์ พึ่งเกษมสุนทร, 2554)

2.1.3.5 ด้านเศรษฐกิจ (economic domain) จากการที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษาพยาบาล จากการที่ต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ รายรับลดลงจากที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ (รัชนีกร อุปเสน, 2550)

2.1.3.6 ด้านจิตวิญญาณและความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality / personal beliefs) ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีชีวิตอยู่กับสภาพจิตใจที่บอบช้ำและตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา ซึ่งความรู้สึกเหล่านั้น ได้แก่ ความเศร้าโศก ความรู้สึกผิด หมดกำลังใจท้อแท้ และสิ้นหวัง จากการศึกษาของ ชฎาภา ประเสริฐทรง (2553) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกเศร้าและรู้สึกผิดคิดว่าครอบครัวเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย จนเกิดเป็นความโกรธ ผิดหวังต่อการรักษาโกรธที่บุคคลภายในบ้านเกิดการเจ็บป่วยทางจิต รู้สึกหมดหวังและหมดพลัง ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ทำให้เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ นอกจากนี้บางรายยังมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิต มีสาเหตุมาจากทางด้านไสยศาสตร์หรือเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ ทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาทางช่วยเหลือทางจิตวิญญาณผู้ดูแลบางรายนำผู้ป่วยไปทำพิธีทางไสยศาสตร์เช่น การขอให้พระรดน้ำมนต์ และให้หมอผีทำพิธีขับไล่ผี เป็นต้น เมื่ออาการไม่ดีขึ้นก็ไม่กล้าพาผู้ป่วยมารักษาต่อในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วย

ดังนั้นสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อโดยตรงกับผู้ดูแลในทุกมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการดูแล บางครั้งนอนไม่หลับ ส่งผลให้สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรม มีแนวโน้ม

การเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับปัญหาและคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดีได้ ทำให้การดูแล ผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นและผู้ป่วยจิตเภทกลับเป็นซ้ำลดลง

2.1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ ดังนี้

2.1.4.1 เพศ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากวัฒนธรรมที่ยึดถือกันมา ยาวนานว่าเพศหญิง จะต้องรับหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในบ้านเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและพร้อมที่จะรับ บทบาทในครอบครัวโดยไม่มีเงื่อนไข (เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2551) ซึ่งจะพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับ สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยผู้ดูแลเพศหญิงมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีจำนวนมากกว่าชาย 5 เท่า (อุษา แก้วคำภา, 2555)

2.1.4.2 ระยะเวลาในการดูแล ระยะเวลาในการดูแลแสดงถึงความเรื้อรังของโรค เมื่อผู้ป่วย ต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน เมื่อผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการดูแลนอกเหนือจากบทบาท เดิมส่งผลให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้น (นัทมนธ์ ฉิมสุข, 2555) และยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทที่เป็นบิดามารดาที่มีการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต (เพียรใจ ตีรไพวงศ์, 2550)

2.1.4.3 ความเพียงพอของรายได้ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคจิตเภทที่จะต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน ต้องให้ การดูแลอย่างใกล้ชิดและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ให้ เกิดความยากลำบากในการดูแล ซึ่งความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่ระดับ .001 ซึ่งพบว่าความไม่เพียงพอต่อรายได้ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา ได้ (ณัฐยา พรหมบุตร, 2545) ซึ่งผู้ที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือฐานะทางเศรษฐกิจ ชัดเจนจะมีปัญหา สุขภาพจิตจำนวนมากที่สุด (จุมพล สมประสงค์, 2550)

2.1.4.4 อายุ อายุของผู้ดูแลแตกต่างกัน โดยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิต ซึ่งพบว่าผู้ที่มีอายุมากจะมีสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (อุษา แก้วคำภา, 2555) โดยผู้ดูแลที่มีอายุ มากกว่า 40 ปี มีแนวโน้มเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตมากกว่าผู้ดูแล ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี (อัมพร กุลเวชกิจ, 2550)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลมีหลายปัจจัย จึงต้องเข้าใจและ ให้ความสำคัญเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ถูกต้องและเหมาะสม

2.1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านอารมณ์ คุณภาพชีวิต ความเจ็บป่วย การเงิน และปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 93 (Perlick et al., 2006) และจากการศึกษาของแมกลาโน และคณะ (Magliano et al., 2007) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกสูญเสีย ร้อยละ 62 การที่ต้องรับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ปฏิบัติส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) ทำให้เกิดความเครียดและมีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (สายใจ ก้าวอนันตคุณ, 2552) ถ้าความเครียดนั้นมีมากและเกิดยาวนานจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิด สติปัญญา อารมณ์ และเจตคติของผู้ดูแลทำให้ความสามารถในการเผชิญ ความเครียดไม่ดี ส่งผลให้ไม่สามารถระบายความรู้สึกที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (นงศราญ รวงแดง, 2550) ทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจิต (ธิดารัตน์ คะนิงเพียร, 2550) ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 50.43 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต (อุษา แก้วคำภา, 2555) ภาวะกดดันทางด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก (นัทธมนต์ ฉิมสุข, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โยซัปและนูฮู (Yusuf & Nuhu, 2011) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 80 มีภาวะกดดันด้านจิตใจเกิดความเครียดสะสม (Tannis et al., 2002) จากการศึกษาของกุปตาและคณะ (Gupta et al., 2015) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีปัญหาการนอนยาก ร้อยละ 42.7 นอนไม่หลับ ร้อยละ 32.4 และมีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 37.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาเซ็มและอาจูโบรี (Hashem & Al-Juboori, 2011) พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้และยังเกิดความทุกข์ด้านจิตใจในขณะที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Mitsonic et al., 2010) และมีแนวโน้มเกิดการเจ็บป่วย (Dyck et al., 1999) รวมทั้งแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 28 (Eddieweera et al., 2012) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มากาดานาและคณะ (Magana et al., 2010) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทละตินอเมริกาที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 18 จากผลกระทบดังกล่าว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับการช่วยเหลือเพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจ (Suro & Amy, 2013) ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิต (Lam, Ng & Tori, 2013) และการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต (Olwit et al., 2010) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต (Magana et al., 2010) และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องการการมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (Moller-Leimkuhler & Madger, 2010)

จากการทบทวนจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลาานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะที่ผิดปกติแตกต่างกันออกไป ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ มีภาวะวิตกกังวล เกิดความเครียด มีสภาวะกดดันทางด้านจิตใจสูงขึ้น การตัดสินใจแก้ปัญหาไม่ดี และมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า

บทบาทสำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการช่วยเหลือตลอดจนสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ (บังเอิญ ทองสมนึก, 2551)

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แห่ล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม ทักษะการดูแลผู้ป่วย สิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยควรได้รับ ความรู้เกี่ยวกับอาการที่ควรระวัง และการเพิ่มเติมเทคนิคที่เหมาะสมในการดูแล

2. การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา เป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวยเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย หรือครอบครัวยไม่สามารถทำหน้าที่ได้ สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วม คือ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลการรักษาของผู้ป่วย การสนับสนุนความรู้อยู่ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

3. การเป็นผู้ให้คำปรึกษา เป็นผู้ช่วยเหลือ พัฒนา หรือแสวงหาวิธีแก้ไขปัญหาวินิใหม่ ปรับวิธีคิดและความรู้สึกต่อตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจต่อสู้และปรับตัวในสภาพที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

4. การเป็นผู้ประสานประโยชน์ระหว่างครอบครัวกับทีมสุขภาพ และประสานกับแหล่งทรัพยากรในชุมชน เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว

5. การเป็นผู้แทนสังคม เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยในการพัฒนาทักษะทางสังคมที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเหมาะสมหรือปรับตัวได้ในสภาพแวดล้อมทั้งในครอบครัวหรือชุมชน

6. การเป็นผู้ชำนาญการทางเทคนิค เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วย ให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปรึะคับประคองช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมานี้ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จึงควรได้รับการป้องกันก่อนที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้น

เดือนแรม ยศปัญญา (2555) กล่าวถึง บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมมือกันในการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม กระตุ้นให้ผู้ดูแลทำตามวิธีที่ได้เลือกด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเอง และพัฒนาศักยภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ดูแลสามารถส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้

2. สอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับครอบครัวผู้ดูแล เกี่ยวกับลักษณะอาการที่จะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง รวมทั้งแนะนำความรู้เกี่ยวกับลักษณะการ วิธีการสังเกตอาการให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจและป้องกันการเกิดอาการกำเริบ ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เพราะครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อผู้ป่วย

3. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีโอกาสพบปะญาติพี่น้องและบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวของผู้ป่วยของผู้ป่วยเพื่อให้เห็นความสำคัญของการเอาใจใส่ การสนับสนุนให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นบางครั้ง ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพอันดีในครอบครัวซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต

4. การวางแผนการสอนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการกับปัญหาร่วมกับการให้คำแนะนำให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลเข้าใจปัจจัยที่มีต่อคุณภาพชีวิตที่ดี และปัจจัยที่นำมาให้คุณภาพชีวิตไม่ดี เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญและนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

5. จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นและจัดการกับอารมณ์ ความเครียดที่มีผลต่อชีวิตได้อย่างเหมาะสม

6. ให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อให้สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น ให้ข้อเสนอแนะการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม สรรหาแนวทางที่ควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังระยะดูแลตนเองที่บ้านได้

จากบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะพบว่าเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในด้านการดูแลผู้ป่วย ยังไม่พบว่ามี การให้ความช่วยเหลือในด้านการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มการเกิดปัญหาสุขภาพจิต จึงควรได้รับการป้องกันการป้องกันก่อนที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้น

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

2.2.1 ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

มีผู้ให้ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดังนี้

ริชาร์ดสัน (Richardson, 1985) ได้ให้นิยามกว้างๆ เกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง หมายถึง กลุ่มคนที่คิดว่าตนเองมีปัญหา และมาร่วมกันเพื่อจะจัดการอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับปัญหานั้น

โคล (Cole, 1983) กล่าวว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของบุคคลที่มีปัญหาทางด้านจิต ภาย และความพิการเหมือนกัน สมาชิกจะพบปะกันตามสถานที่ชุมชนต่างๆ เพื่อพูดถึงปัญหาและประสบการณ์ของความเจ็บป่วย สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้ความช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มมักอยากจะทำปัญหา หรือไม่ก็พบเพื่อนใหม่ๆ โดยทั่วไป บุคคลที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มักจะพอใจกับความช่วยเหลือมากกว่าคนที่ไม่ได้ร่วมกลุ่ม

พาสเกิท และ มาดารา (Paskert & Madara, 1985) กล่าวว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน ด้วยความสมัครใจเพื่อให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

สไตเกอร์ และ ลิปสัน (Steiger & Lipson, 1985) กล่าวว่าเป็นการรวมตัวโดยสมัครใจของผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายๆ กัน ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน โดยวิธีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมออันจะส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มได้รับประโยชน์สูงสุด

เรสนิก (Resnick, 1986) ให้ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเองว่า เป็นกลุ่มของบุคคลที่มีปัญหาล้ายคลึงกันมารวมกันด้วยความสมัครใจ และใช้ประสบการณ์ต่างๆที่ผ่านมาช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยเฉพาะบุคคลที่สามารถแก้ปัญหาผ่านพ้นมาได้แล้ว จะช่วยแก้ปัญหาให้กับสมาชิกมารวม และอดัม (Marram,1973;Adams, 1978) ได้ให้ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเองว่า คือการที่บุคคลมีปัญหาล้ายคลึงกัน หรือเหมือนกันในรูปแบบต่างกัน ตามวัตถุประสงค์เฉพาะที่มีสมาชิกร่วมกันกำหนดขึ้น เช่น กลุ่มผู้ติดยาเสพติด มารวมกลุ่มกันหาวิธีการวิธีเลิกสุรา กลุ่มคนอ้วนมารวมกลุ่มกันหรือหาวิธีลดความอ้วน

วอลซ์ และบลูเออร์ (Walz & Bleuer, 1992) ได้ให้ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเองว่า กลุ่มที่รวมตัวขึ้นด้วยความยินยอมและสมัครใจของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง จะได้รับการให้ความช่วยเหลือใน 4 ได้แก่ การแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (share emotional and social support) การให้ข่าวสารระหว่างสมาชิก (information) การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้และการพัฒนาทักษะ (education and skill development) และการให้ความช่วยเหลือ (advocacy)

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง หมายถึง กระบวนการที่เกิดจากการรวมตัวของสมาชิกด้วยความสมัครใจ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน เป็นการประคับประคองจิตใจ และการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม โดยสมาชิกในกลุ่มจะได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกที่มีประสบการณ์ตรงและสมาชิกในกลุ่มที่ประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกันได้มาร่วมระบายความรู้สึก ร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร มีการให้ข้อมูลที่เป็นความรู้และการพัฒนาทักษะ และให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก โดยใช้ประสบการณ์ของแต่ละคนที่ได้รับมาร่วมกันอภิปรายเพื่อให้สมาชิกมีแนวทางเพื่อหาแนวทางการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของสมาชิก และเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ กระบวนการกลุ่มเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในกลุ่ม

2.2.2 ลักษณะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ลักษณะเฉพาะของกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีลักษณะที่เด่นเฉพาะตัวและความแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆดังต่อไปนี้ (ดร.ณิ ชุณหะวัณ, 2546)

2.2.2.1 มีการให้การสนับสนุนและให้ความรู้กลุ่มโดยสมาชิก (distinguished by their supportive and education aims)

2.2.2.2 เน้นไปที่เหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตยุ่งยากเพียงอย่างเดียว (focus on a single life disrupting event)

2.2.2.3 จุดประสงค์ คือ สนับสนุนให้บุคคลเปลี่ยนแปลง (primary purpose of supporting personal change)

2.2.2.4 เป็นกลุ่มนิรนาม และมีความเป็นส่วนตัว (anonymous and confidential nature)

2.2.2.5 สมาชิกเข้าร่วมกลุ่มด้วยความสมัครใจ (voluntary membership)

2.2.2.6 ผู้นำกลุ่มมาจากผู้ป่วยด้วยกันเอง (member leadership)

2.2.2.7 ไม่มีการแสวงหากำไรหรือผลประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมกลุ่ม (absence of profit orientation)

2.2.3 ประเภทของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ประเภทของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีดังนี้

พาสเกิท และ มาดารา (Paskert & Madara, 1985) ได้แบ่งกลุ่มช่วยเหลือตนเองออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

2.2.3.1 กลุ่มที่มีปัญหาทางกาย และจิตใจสำหรับผู้ป่วย พ่อแม่ และครอบครัวในการเผชิญโรค ตลอดจนความพิการที่เกิดขึ้น

2.2.3.2 กลุ่มที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ กลุ่มนิรนามต่างๆ (anonymous)

2.2.3.3 กลุ่มที่เน้นการสนับสนุนช่วยเหลือบุคคล ให้เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ เช่น กลุ่มผู้หย่าร้าง

2.2.3.4 กลุ่มสนับสนุนประชาชน ให้ได้รับประโยชน์ เช่น กลุ่มสิทธิสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น

ลีวี (Levy, 1977) กล่าวว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองมี 4 ประเภท ได้แก่ กลุ่มควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น กลุ่มติดยาเสพติด กลุ่มติดสุรา กลุ่มโรคอ้วน เป็นต้น และกลุ่มที่แสวงหาความช่วยเหลือในการปรับตัวต่อปัญหา ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่าง ๆ เช่น กลุ่มผู้ที่ต้องเลี้ยงบุตรคนเดียว (parent without partner) กลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจ (minded Heart) กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม (mastectomy inc.) กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ (stroke club) กลุ่มผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกล่องเสียง (laryngectomy club) นอกจากนี้ยังมีกลุ่มเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง เช่น กลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มสตรีกลุ่มคนต่างชาติ (racial-ethnic) รวมถึง กลุ่มส่งเสริมความสำเร็จในชีวิตตามแนวเกสทอลท์ (gestalt) และฝึกความไวในการรับรู้ เช่น กลุ่มเผชิญหน้า (encounter Group) เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม หากแบ่งกลุ่มช่วยเหลือตนเองออกตามโครงสร้าง จะแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Resnick, 1986)

(1) กลุ่มช่วยเหลือตนเองที่เป็นทางการ โครงสร้างของกลุ่มชัดเจนมาก มีนโยบายและวิธีดำเนินงาน มีการตั้งกลุ่มที่เข้าใจง่าย มีเจ้าหน้าที่ประจำและมีคณะกรรมการบริหาร ตัวอย่างกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้พักฟื้น (recovery Inc.) กลุ่มผู้ติดยานอนหลับ (narcotics anonymous) กลุ่มติดยานอนหลับ (alcoholic anonymous) เป็นต้น

(2) กลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ไม่เป็นทางการ เป็นกลุ่มที่มารวมกันทางสังคมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล ดังนั้น สมาชิกอาจไม่ได้พบกันโดยตรงจึงอาจติดต่อกันทางจดหมาย หรือทางโทรศัพท์ บางกลุ่มมีการจัดโปรแกรมต่างๆ ขึ้นเพื่อช่วยให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเผชิญความเจ็บป่วย ขจัดภาวะเครียด หรือความกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ตัวอย่างกลุ่มประเภทนี้ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่จัดขึ้นเป็นครั้งคราว

ดังนั้นสรุปได้ว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีหลายประเภท ซึ่งแต่ละประเภทมีความเฉพาะของตัวโดยมีวัตถุประสงค์ตามปัญหาของสมาชิกในแต่ละกลุ่ม ซึ่งจะพบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยให้สมาชิกสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ ดังนั้นหากนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นได้เช่นกัน

วัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (กองการพยาบาล, 2559)

- (1) ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการแก้ปัญหา
- (2) เข้าใจเห็นอกเห็นใจกัน ยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหา

- (3) เกิดความมั่นใจในการเผชิญและแก้ปัญหา
- (4) แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกิดการเรียนรู้ มีแนวทางในการปฏิบัติตน
- (5) เพิ่มคุณค่าในตนเอง

2.2.4 ทฤษฎีพื้นฐานในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานมีดังนี้ (Marram, 1978 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

2.2.4.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้เน้นว่า

(1) พฤติกรรมกลุ่มจะเกิดขึ้นได้จากแรงผลักดันของจิตไร้สำนึก ซึ่งเป็นธรรมดาที่บุคคลจะนำเอาความคิดของตนซึ่งมีอยู่ในจิตไร้สำนึกแสดงออกมาในกลุ่มเพื่อปกป้อง ตัวเองหรือเพื่อทำให้สมาชิกกลุ่มคล้อยตาม ผู้นำกลุ่มจำเป็นจะต้องทราบและแก้ไขสถานการณ์ เนื่องจากบรรยากาศของกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้นต้องปราศจากการนำความคิดใดๆ แต่คงไว้ซึ่งการ แลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ เพื่อให้สมาชิกนำไปประเมินและตัดสินใจเอง

(2) บุคคลจะนำเอาประสบการณ์ของตนที่มีในอดีตมาแสดงในปัจจุบัน ซึ่งถ้าเกิดสถานการณ์ที่คล้ายๆกันในกลุ่ม ผู้นำจะต้องคอยชี้แนะถึงประสบการณ์นั้น และหาทางแก้ไขหากประสบการณ์ดังกล่าวไม่ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากประสบการณ์ที่ผิดอาจจูงใจให้สมาชิกในกลุ่มปฏิบัติตามอย่างผิดๆได้

(3) พฤติกรรมของบุคคล อาจมาจากสัญชาตญาณของความรักและความเกลียด ในการดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่มนั้นสมาชิกบางท่านอาจแสดงพฤติกรรมต่อต้านกลุ่ม ปฏิเสธกลุ่ม ทั้งนี้สืบเนื่องจากสัญชาตญาณของการทำลาย พฤติกรรมดังกล่าวเป็นเหตุให้กลุ่มช่วยเหลือตนเองพัฒนาไปในทางที่ไม่บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องใช้เทคนิคปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกท่านนั้น ให้เป็นไปในทางสร้างสรรค์ เพื่อประคับประคองกลุ่มให้ดำเนินต่อไป

(4) บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามแรงขับของสัญชาตญาณพื้นฐาน คือ อิด และ พัฒนาพฤติกรรมให้มีเหตุผลด้วยอีโก้ เพื่อความถูกต้องทางมโนธรรมตามซูเปอร์อีโก้ ซึ่งเป็นโครงสร้างทางจิตใจ แนวคิดนี้ผู้นำกลุ่ม จะต้องทำหน้าที่คล้ายอีโก้ในการรักษาภาวะสมดุลของกลุ่ม ช่วยแก้ไขและปรับเปลี่ยนความคิดที่ไร้เหตุผลของสมาชิกในกลุ่มให้เป็นความคิดที่มีเหตุผล

2.2.4.2 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) ทฤษฎีนี้

มีแนวคิดว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มอาจก่อให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่แตกต่างกัน สมาชิก บางรายอาจเกิดความวิตกกังวลมากขึ้นในขณะที่บางรายมีความวิตกกังวลลดลง พฤติกรรมก็เช่นกัน ผู้นำกลุ่มจึงมีหน้าที่สังเกตและช่วยเหลือแก้ไขสมาชิกให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่ดี นอกจากนี้ ความวิตกกังวล ยังเป็นตัวทำลายการมีปฏิสัมพันธ์ ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องประคับประคองให้สมาชิกเกิดความมั่นคง ปลอดภัย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวล ต้องสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองให้เกิดขึ้นในตัวของผู้สมาชิก ด้วยการสนับสนุนการมี ปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ

2.2.4.3 ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (communication theory) ทฤษฎีนี้ชี้ให้เห็นว่าบุคคลต้องมีการสื่อสารทั้งที่เป็นวาจาหรือภาษาท่าทาง (verbal or non-Verbal communication) และการสื่อสารดังกล่าวมีหลายระดับ ซึ่งข้อบกพร่องของการติดต่อสื่อสารอยู่ที่การแปลความหมาย ความไม่ชัดเจนของข่าวสาร และการขาดความรับผิดชอบของผู้ส่งสาร ดังนั้น ในการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรักษา จึงจำเป็นต้องมีผู้นำกลุ่มที่มีความสามารถในการช่วยเหลือ แก้ไข กรณีที่การสื่อความหมายคลุมเครือ หรือประสบการณ์บางประการมีแนวโน้มให้สมาชิกกลุ่มตีความไปในทางผิดๆได้ ผู้นำจะต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารที่ตรงกัน ต้องชี้ให้ “กลุ่ม” เห็นถึงประเด็นที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิด และต้องกระตุ้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ซึ่งเป็นหัวใจของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทั้งนี้ผู้นำอาจใช้เทคนิคการแสดงออกทางสีหน้า การจัดที่นั่งเป็นวงกลม การนั่งเงียบ การสัมผัสและการผสมผสานตาเข้าด้วยกันก็ได้ เพื่อให้การ ติดต่อสื่อสารมีคุณค่ามากขึ้น

2.2.4.4 ทฤษฎีพลวัตและกระบวนการกลุ่ม (group dynamics and group process theory) แนวคิดทฤษฎีนี้กล่าวว่า กลุ่มจะมีกระแสความเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาตามปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นและจะเข้าสู่สมดุลเมื่อเสร็จสิ้นการทำงาน โดยมีจุดเน้นที่ปัญหาของ “กลุ่ม” มากกว่าปัญหาของแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มแสดงออกในรูปของพัฒนาการซึ่งแบ่งออกเป็นระยะตามแนวคิด ได้ดังนี้

(1) **ระยะของการมีส่วนร่วม** เป็นระยะที่สมาชิกกลุ่มจะเริ่มสร้างความมั่นใจและตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือออกจากกลุ่มดี ถ้าผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มได้ดี สมาชิกจะเกิดความมั่นใจ เชื่อถือไว้วางใจกัน สมาชิกก็จะตัดสินใจเข้าร่วมอยู่ในกลุ่ม

(2) **ระยะของการควบคุม** เป็นระยะที่สมาชิกค้นหาถึงบทบาทหน้าที่ของตนและของสมาชิกอื่น ๆ ผู้นำกลุ่มจึงต้องชี้แนะและผลักดันให้สมาชิกมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ เพื่อจะได้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มต่อไปจนบรรลุสำเร็จ

(3) **ระยะของความรู้สึกมีอารมณ์ผูกพันกัน** ระยะนี้มีความสำคัญมากอาจให้ผลตรงข้ามก็ได้ ผู้นำกลุ่มต้องเอื้อและสนับสนุนให้สมาชิกสร้างความรู้สึกที่ใกล้ชิดสนิทสนมกัน สร้างความผูกพันทางจิตใจต่อกัน ซึ่งสามารถกระทำได้โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกพยายามเปิดเผย ตนเองให้มาก และได้ให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน

2.2.4.5 ทฤษฎีเอกซิสเทนเชียล และเกสตัลท์ (existential and gestalt theory) ความสำคัญของทฤษฎีนี้อยู่ที่แนวคิดของการตระหนักรู้สภาพที่เกิดขึ้น “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” (here and now) ของบุคคลซึ่งเป็นความอิสระที่บุคคลสามารถจะเลือก ที่จะนึกคิดและอิสระที่จะกระทำ กล่าวคือ บุคคลที่ยอมรับตนเองในสภาพปัจจุบันได้ ก็มีความตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง ซึ่งคงไว้ซึ่งชีวิตที่มีความหมาย บุคคลเหล่านี้จะพัฒนาตนเองถึงระดับที่สมบูรณ์ได้นอกจากนี้ทฤษฎียังตระหนักรู้ว่า “อะไร”

มากกว่า “ทำไม” เป็นแนวคิดที่ใช้กับทุกสภาพได้ดี เช่น ระบุว่า “อะไร” คือ “ปัญหา” มากกว่า “ทำไม” จึงเกิดปัญหา บุคคลนั้นจะสามารถแก้ปัญหาก็ได้ ผู้นำจึงต้องโน้มน้าวให้สมาชิกในกลุ่มพูดระบายถึงความรู้สึกนึกคิดและประสบการณ์ของตนที่เกิดขึ้น “ขณะนี้” ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งทำให้สมาชิกในกลุ่มเข้าใจตัวเองมากขึ้น ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มก็มีหน้าที่กระตุ้นให้สมาชิกประเมินว่าขณะนี้มิอะอะไรเกิดขึ้นกับเขา เขากำลังทำ “อะไร” ในการแก้ไขปัญหาละ เขาเลือกวิธี “อะไร” ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อสมาชิกกลุ่มคำนึงถึง “อะไร” และ “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” พร้อมกันไปด้วยแล้ว สมาชิกจะสามารถประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

สรุปได้ว่ากิจกรรมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้ ได้แนวคิดผสมผสานของทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์รวมกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกกลุ่ม และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้นำกลุ่มสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการ เป้าประสงค์ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสมาชิกแต่ละคน

2.2.5 กลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกหลายๆ ประการซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้อธิบายถึงกลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยสรุปได้ดังนี้ (Marram, 1978 อ้างถึงใน ดร.ณิ ชุณหะวัต, 2546)

2.2.5.1 สมาชิกของกลุ่มต่างก็มาจากบุคคลที่มีปัญหาอย่างเดียวกันทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนลงเรือลำเดียวกัน (being in the same boat) จึงแน่ใจว่าผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือเข้าใจปัญหาอย่างแท้จริง มิใช่เป็นความรู้เฉพาะในทฤษฎีเท่านั้น จึงเกิดความต้องการที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหานั้นๆ

2.2.5.2 ความช่วยเหลือที่สมาชิกแต่ละคนให้คนอื่นจะมีผลมาถึงตนเองเสมอเกิดเป็นลักษณะของผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.2.5.3 คำแนะนำที่ได้จากสมาชิกจะเป็นคำแนะนำในระดับที่ปฏิบัติได้โดยง่าย ซึ่งจะหาไม่ได้จากคำแนะนำของนักวิชาการ ครอบครัว หรือเพื่อน

2.2.5.4 มิตรภาพที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกเป็นพวกเดียวกันทำให้สมาชิกยอมรับซึ่งกันและกันบนพื้นฐานของความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งนำไปสู่การยอมรับคำแนะนำในการเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

2.2.5.5 การที่สมาชิกได้พบเห็นบุคคลที่มีปัญหาและได้แก้ไขปัญหานั้นๆจนเป็นผลดี จะทำให้มองเห็นเป็นแบบอย่าง (role model) ซึ่งสมควรจะปฏิบัติตาม และแน่ใจว่าตนเองจะสามารถผ่านพ้นปัญหา และภาวะวิกฤติเหล่านั้นได้เช่นกัน

2.2.5.6 การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเป็นกันเองกับบุคคลที่เป็นพวกเดียวกันทำให้ได้ระบายความทุกข์ ความคับข้องใจ ความกลัว ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง และปัญหาอื่นๆได้ โดยไม่ต้องกังวลว่าเขาเหล่านั้นจะไม่เข้าใจ แต่กลับได้รับการยอมรับในเรื่องดังกล่าวอย่างจริงใจ และให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจอย่างเต็มที่

2.2.5.7 การที่สมาชิกได้มีโอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่น ทั้งในการให้ข้อมูล ความรู้ กำลังใจ หรือสิ่งของอื่นๆ ทำให้สมาชิกรู้สึกมีคุณค่าต่อสังคม อึดมโนทัศน์ดีขึ้น ยอมรับสภาพ ร่างกาย และความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

2.2.5.8 การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกผูกพันกับเพื่อนสมาชิก (cohesiveness) เกิดเป็นความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง

2.2.5.9 สมาชิกเคยมีความเลวร้ายหรือมีตราบาป (stigma) ที่เกิดปัญหาในชีวิต การได้พบปะคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่แตกต่างจากคนอื่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือสิ้นหวัง ทำให้ลดการแยกตัวออกจากสังคม

สรุปได้ว่า กลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองคือการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ส่งเสริมสัมพันธภาพพันธะระหว่างสมาชิก การได้รับการยอมรับจากสมาชิกกลุ่ม การได้รับคำแนะนำจากสมาชิก จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้

2.2.6 องค์ประกอบที่สำคัญในการจัดตั้งและดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

องค์ประกอบที่สำคัญในการจัดตั้งและดำเนินการกลุ่ม มี 3 องค์ประกอบดังนี้ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

2.2.6.1 การจัดตั้งกลุ่ม (group formation) จะต้องมีการกำหนดจุดมุ่งหมาย และโครงสร้าง ของจัดตั้งกลุ่มดังนี้

- (1) **ขนาดของกลุ่ม** สมาชิกไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป ประมาณ 4-15 คน
- (2) **เวลา ความถี่ และจำนวนครั้ง** ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 1-1½ ชั่วโมง ส่วนความถี่ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละครั้งหรือเดือนละครั้ง ซึ่งขึ้นอยู่กับเป้าหมายของในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยทั่วไป 5-25 ครั้ง
- (3) **รูปแบบในกลุ่ม** กำหนดให้ผู้นำกลุ่ม และสมาชิกนั่งเป็นวงกลมสมาชิกในกลุ่มนั่งหันหน้าเข้าหากัน (face to face group) ทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างใกล้ชิด
- (4) **สถานที่** ห้องที่ใช้จัดกลุ่มควรมีขนาดเล็ก แต่ก็กว้างพอที่กลุ่มจะจัดกิจกรรมร่วมกัน ได้อย่างสะดวก นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวเพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงออกอย่างเต็มที่ รู้สึกผ่อนคลาย และเป็นอิสระ อุปกรณ์ใช้เฉพาะสำหรับสมาชิกกลุ่มนี้เท่านั้น

2.2.6.2 ผู้นำกลุ่ม คุณสมบัติของผู้นำกลุ่มมีความสำคัญมากต่อการดำเนินกลุ่ม บทบาทของผู้นำกลุ่มที่ช่วยให้กลุ่มประสบความสำเร็จ คือ มีความสามารถในการ กำหนดจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ให้ชัดเจน สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก กระตุ้น ให้สมาชิกได้พูดได้แสดงออก และช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก อีกทั้งยังต้องสรุปความก้าวหน้า ของการทำกลุ่ม ซึ่งในการจัดกลุ่มแต่ละครั้งอาจจะมีหรือไม่มีผู้ช่วยนำกลุ่มก็ได้ แต่การมีผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม จะทำให้กลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สำหรับบทบาทผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม (กฤติยา แสงวงเจริญ และกิง เพชร วงษ์พิเชษฐ์, 2550)

การดำเนินการกลุ่มจะสำเร็จมากน้อยเพียงใด ควรตระหนักถึงประเด็นต่างๆ ดังนี้

(1) บทบาทของผู้นำกลุ่ม

การดำเนินของกลุ่มจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว พบว่าผู้นำกลุ่ม และการมีส่วนร่วมของสมาชิกจะเป็นสิ่งซึ่งบ่งชี้ที่สำคัญ ในระยะแรก การเตรียมผู้นำโดยบุคลากร ในวิชาชีพ เป็นสิ่งจำเป็น ลักษณะของผู้นำกลุ่มควรเป็นดังนี้ (Marram, 1978 อ้างถึงใน ดร.ณิ ชุณหะวัต, 2546)

1. เป็นผู้เข้าใจวัตถุประสงค์และการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มอย่างชัดเจน
2. มีความเป็นกลาง เป็นนักฟัง เปิดโอกาสให้สมาชิกได้อภิปรายทุกคนและให้

ความสำคัญกับปัญหาของสมาชิกทุกคน และทุกปัญหา

3. เป็นผู้ที่สามารถปรับตัวต่อปัญหาของตนได้ดีแล้ว พร้อมทั้งจะช่วยเหลือสมาชิก

ทั้งนี้ ผู้นำกลุ่มต้องตระหนักว่าประสบการณ์จะเป็นสิ่งที่ดีที่สุดมากกว่าการได้รับการสอนจากผู้หนึ่ง ผู้ใด แต่การได้รับคำแนะนำหรือการสะท้อน (feedback) การกระทำของผู้นำกลุ่มจากผู้นำร่วม (co-leaders) หรือบุคคลที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษากลุ่ม (consultant) จะช่วยให้ผู้นำกลุ่มทราบถึงข้อบกพร่องของตนเอง และถ้ามีการปรับปรุงหรือแก้ไขจะช่วยทำให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายของกลุ่ม และสมาชิก จะได้รับประโยชน์สูงสุดผู้นำกลุ่มอาจได้มาจากการเลือกของสมาชิก พบว่าผู้นำกลุ่มที่มีการ เปลี่ยนแปลงตามวาระจะได้รับการยอมรับจากสมาชิกกลุ่มมากกว่าการมีผู้นำคนเดียวตลอดไป

(2) บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

สมาชิกกลุ่มมีบทบาทที่สำคัญหน้าที่ดังต่อไปนี้ (Marram, 1978 อ้างถึงใน ดร.ณิ ชุณหะวัต, 2546)

1. คอยกระตุ้น สนับสนุน ให้กำลังใจแก่เพื่อนสมาชิก
2. ช่วยลดความขัดแย้ง ลดความตึงเครียดภายในกลุ่ม
3. เป็นนักฟังที่ดี รับฟังความคิดเห็นต่างๆของเพื่อนสมาชิก
4. กระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มมีการเสนอความคิดเห็น
5. รักษาความลับของเพื่อนสมาชิก

(3) บทบาทของพยาบาล

พยาบาลในฐานะบุคลากรที่มีสุขภาพ สามารถมีส่วนร่วมช่วยดำเนินการเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ (Marram, 1978 อ้างถึงใน ดร.ณิ ชุณหะวัต, 2546)

1. เป็นผู้ประสานงานกลุ่ม โดยการจัดหาสมาชิกใหม่ และเป็นตัวกลางในการติดต่อของสมาชิกในการเริ่มดำเนินกิจกรรมระยะแรก

2. เป็นแหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่น จัดสถานที่ประชุม จัดหาวิทยากร อุปกรณ์ที่จำเป็นหรือเป็นที่ปรึกษา หรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ

3. เป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรกของการตั้งกลุ่ม

4. เป็นผู้ส่งต่อผู้ป่วยเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่ม หรือส่งต่อสมาชิกไปรับการรักษาตามความเหมาะสม เมื่อมีผู้ป่วยเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พยาบาลควรเตรียมผู้ป่วย ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ และสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม

2. แจ้งวัตถุประสงค์ บทบาทของสมาชิก ประโยชน์ที่จะได้รับ วิธีการทำกลุ่ม

3. ส่งต่อผู้ป่วยเข้ากลุ่ม

4. เป็นผู้สนับสนุนการเข้าร่วมประชุมของสมาชิก

5. ติดตามประเมินการปรับตัวของสมาชิก

สรุปได้ว่า ทั้งผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการกลุ่ม ให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งสมาชิกในกลุ่มต้องมีความรู้สึกเป็นพวกพ้องเดียวกัน มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และกล้าเปิดเผยความรู้สึก กล้าแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม การให้กำลังใจและสนับสนุนซึ่งกันและกัน นอมรับคำแนะนำและยอมรับความช่วยเหลือจากกลุ่ม

2.2.7 การจัดประสบการณ์ภายในกลุ่ม

2.2.7.1 การจัดประสบการณ์ภายในกลุ่มแบบกระบวนการกลุ่ม มีการดำเนินการเป็นขั้นตอน 3 ระยะ (Marram, 1978 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

(1) **ระยะเริ่มต้นหรือระยะสร้างสัมพันธภาพต่อกัน (The introductory or initiating phase)** เป็นระยะที่สมาชิกกลุ่มทำความคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง ให้สมาชิกเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกปลอดภัยในการมีความสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่น ผู้นำกลุ่มต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎและแนวทางในการปฏิบัติตนในสถานะสมาชิกกลุ่ม

(2) **ระยะดำเนินการ หรือระยะที่ช่วยให้สมาชิกเกิดการแก้ไขปัญหา (the working phase)** ระยะนี้สมาชิกจะมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่มสมาชิกมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้นสมาชิกเริ่มรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Cohesiveness) มีการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ กำลังใจต่อกันสมาชิกรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น สมาชิกมีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ สมาชิกรู้สึกว่าปัญหาของตนเองมีผู้เข้าใจและได้รับการแก้ไข ระยะนี้เป็นระยะระดมพลัง ของสมาชิกทุกคนมาแก้ไขปัญหาก

(3) **ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (terminate phase)** เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มสามารถประเมินผล ความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงในทางออกของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม และช่วยให้สมาชิกมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาด้วยตนเองได้ต่อไป

2.2.7.2 รูปแบบการเรียนรู้โดยการจัดประสบการณ์

(1) ความหมายของแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์

แผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential activities planner: EAP) หมายถึง แผนการออกแบบประสบการณ์ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้แก่สมาชิก ได้รับความใฝ่รู้ เพิ่มความสนุกสนาน และทำให้สมาชิกสามารถเชื่อมโยงระหว่างสาระการเรียนรู้กับชีวิตประจำวันได้ (สันติ จิตระจินดา และ สมศักดิ์ กัณหา, 2548)

(2) **ขั้นตอนการจัดประสบการณ์ภายในกลุ่ม** ขั้นตอน 6 ประการของ EAP ประกอบด้วย (สันติ จิตระจินดา และ สมศักดิ์ กัณหา, 2548)

1. อุ่นเครื่อง (warm up)

ภารกิจ จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เหมาะสม และเตรียมความพร้อมกลุ่มการเข้ากลุ่ม

อุ่นเครื่อง จัดกิจกรรมเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นระหว่างผู้อำนวยการเรียนรู้ และ/หรือ สาระการเรียนรู้กับสมาชิกโดยคาดหวังให้การเรียนรู้มีลักษณะเป็นกันเอง (friendly) ผ่อนคลาย (relax) เสริมศักดิ์ศรีในตนเองของผู้เรียน (self-esteem) มั่นคงปลอดภัย (safe and secure) สนุกท้าทาย (challenge) สุขใจ (enjoy)

กิจกรรมที่จัด เช่น กิจกรรมรู้จักกัน แนะนำเข้าสู่ประเด็นการเรียนรู้ การเชื่อมโยงปัญหาและชีวิตจริงกับสาระการเรียนรู้ และการพัฒนากลุ่มการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล รวมไปถึงการบำรุงรักษาความสามารถในการทำงานและเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มตลอดกระบวนการเรียนรู้

2. แนะนำปัญหา/โจทย์ (problem identification)

ภารกิจ เพื่อเสนอปัญหา/โจทย์แก่สมาชิกหลังจากที่สมาชิกพร้อมที่จะเรียนรู้ ผู้อำนวยการเรียนรู้จะร่วมกำหนดขอบเขตของปัญหา และนำเสนอปัญหาแก่สมาชิกด้วยอุบายสร้างสรรค์ โดยเน้นให้ผู้สมาชิกมีส่วนร่วม (participation) ในทุกขั้นตอน

กิจกรรมที่จัด มีเกณฑ์ที่ควรคำนึง คือ การใช้คำถามปลายเปิด ใช้เทคนิคเล่นกับความคิดแบบต่างๆ การสื่อสารได้อย่างเหมาะสมและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย คือ ก่อให้เกิดการเรียนรู้โดยทั่วกันของสมาชิก และก่อให้เกิดความรู้สึกสะเทือนใจ (emotion) มโนภาพ (conception)

3. ไตร่ตรองทางแก่เฉพาะตน (individual exploration)

ภารกิจ จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ภายในตนของสมาชิกให้เข้าถึงปัญหา หาทางแก้ไขปัญหาและมีจุดยืนเป็นของตนเอง

ไตร่ตรองทางแก่เฉพาะตน หลังจากมีมโนภาพเกี่ยวกับปัญหา สมาชิกจะคิดหาทางออกจากมุมมองของตนเอง (point of view) ซึ่งมีบริบทภาวะและฐานะแห่งตนหรือจุดยืน (standpoint) ที่แตกต่างออกไปตามเงื่อนไขเฉพาะของแต่ละปัจเจกบุคคล

กิจกรรมที่จัด มีเกณฑ์ที่ควรคำนึง คือ กิจกรรมใช้โจทย์หรือปัญหาที่แนะนำมาแล้วในข้อ 2 เป็นตัวป้อน (input) และให้ผู้เรียนประมวลผล (processing) โดยมุ่งให้สมาชิกคิดค้น ตรวจสอบ เพื่อทำความเข้าใจในปัญหาจากมุมมองของตนเอง หรือสร้างข้อคิดเห็น (idea) เกี่ยวกับทางออกของปัญหา จากนั้นให้สมาชิกสื่อสารการประมวลผล ออกมาเป็นชิ้นงาน อาทิ การแสดงออกทางศิลปะต่างๆ

4. ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม (group works)

ภารกิจ จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้จากกลุ่ม และมุมมองที่หลากหลาย

ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม เมื่อสมาชิกตรวจสอบความคิดเห็นของตนเองเกี่ยวกับปัญหาและมีผลงานข้อสรุปความคิดเห็นระดับหนึ่งของตนเองออกมาแล้วกิจกรรมในขั้นนี้จะนำเสนอผลงานเหล่านั้นมาเป็นตัวป้อน (input) ให้กลุ่มระดมสมองประมวลผล (processing) สร้างข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาข้อสรุปบางประการเพื่อใช้เป็นทางออกในการแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่จัด การระดมสมอง (brainstorming) แบบต่างๆ ได้แก่ การอภิปรายโดยใช้ผลงานของสมาชิกเป็นตัวป้อน การถกเถียงแบบวิภาษวิธี (dialectical discourse) คือ จำแนก ข้อตั้งพื้นฐาน (thesis) จากนั้นพิจารณาข้อขัดแย้ง (antithesis) และสรุปข้อสังเคราะห์ (synthesis) ที่ค้นพบ

5. สื่อสารทางออก (communication)

ภารกิจ จัดกิจกรรมเพื่อฝึกการตัดสินใจ การเสนอความคิดและพัฒนาทักษะการวิพากษ์วิจารณ์

สื่อสารทางออก กลุ่มสื่อสารการแสดงผลการประมวลผลมาเป็นชิ้นงาน อาทิ เช่น การแสดงออกทางศิลปะต่างๆ นำเสนอชิ้นงานนั้นๆโดยมีเป้าหมายในการเผยแพร่แนวคิด และโน้มน้าวจิตใจ ในขณะเดียวกันก็เปิดกว้างต่อการประเมิน หรือพิจารณาข้อเสนอแนะ จากนั้นกลุ่มรวบรวมข้อเสนอแนะป้อนกลับ (feed-back) และคำวิพากษ์วิจารณ์ที่ได้รับกลับไปเสริมการสังเคราะห์และหาทางเลือกที่เหมาะสม

กิจกรรมที่จัด ได้แก่ นิทรรศการ การนำเสนอผลงาน (presentation) การแสดง สื่อต่างๆ การพูดคุยอภิปราย

6. ถอดรหัสปรับใช้ (debriefing)

ภารกิจ จัดกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกเข้าใจกระบวนการเรียนรู้ของตนเอง แดกฉนวนในศาสตร์ ปรับปรุงกรอบอ้างอิง และเปลี่ยนแปลงการกระทำ

ถอดรหัสปรับใช้ ผู้อำนวยการเรียนรู้พูดคุยสอบถามระหว่างกระบวนการเรียนรู้และ/หรือ ภายหลังเสร็จสิ้นการเสนอผลงานการสื่อสารทางออกกลุ่ม โดยเริ่มจาก การสำรวจความรู้สึกของผู้เรียน (felling) ความระลึกได้ (recall) ความเข้าใจ (comprehension) ทางเลือกต่างๆ (option) โอกาสการกระทำ (commitment and action)

กิจกรรมที่จัด มีเกณฑ์ควรคำนึง ดังนี้

1. มีการทบทวนความรู้ก่อนและหลังการเรียนรู้
2. ช่วยให้สมาชิกเข้าใจการกระทำระหว่างกันของประสบการณ์เดิม และประสบการณ์ใหม่ ที่ก่อให้เกิดข้อสรุปหรือมิติใหม่ในสนามประสบการณ์ของผู้เรียน
3. ช่วยให้สมาชิกเห็นวิธีการนำความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ได้รับจากการเรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน
4. ช่วยให้สมาชิกสรุปประสบการณ์สู่ศาสตร์
5. เชื่อมโยงสู่การค้นคว้าเพิ่มเติมและการขยายผลกระทำอื่นๆและการเสริมแรงเพื่อการเรียนรู้เกิน (overlearning)

จากการศึกษาพบว่า มีการนำแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential activities planner : EAP) มาใช้ในกระบวนการเรียนรู้ในชั้นเรียนของนักเรียนและผู้ปกครอง

อุดมพร รักแถว และจากรุวรรณ วงษ์เวช (2558) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยการนำแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ มาค้นหาปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง พบว่าผู้ปกครองมีความสนใจในการทำกิจกรรม สนใจฟังการเล่าประสบการณ์ตรงของผู้ปกครองในกลุ่ม

เดียวกัน เข้าใจกัน มีปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปากคล้ายกัน มีการเรียนรู้เพิ่มเติมจากกิจกรรม ผู้ปกครองเกิดความภาคภูมิใจ มีผู้รับฟังความรู้ ประสบการณ์การปฏิบัติกรดูแลสุขภาพช่องปากที่เข้าใจ ร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ ศักดิ์ศาสตร์ (2556) ได้ออกแบบเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ พบว่า ช่วยให้เด็กนักเรียน ฝึกทักษะการคิด คิววิเคราะห์โจทย์ปัญหาและหาทางแก้ปัญหาอื่นๆ อีกทั้ง ยังได้ฝึกทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น สามารถเป็นได้ทั้งผู้นำและผู้ตามที่ดีและสามารถบูรณาการไปสู่ กลุ่มสาระการเรียนรู้อื่นๆ ได้ (นันทิยา ต้นศรีเจริญ, 2545) นอกจากนี้แล้ว ยังช่วยพัฒนาทักษะทางวิชาการและการพัฒนาคนของนักศึกษาปริญญาตรีหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (สุปรียา ต้นสกุล และ ภรณ์วัฒน์สมบูรณ์, 2553) เพิ่มทักษะการเรียนรู้ด้านการต่อต้านโฆษณาหลอกเด็ก (สันติ จิตระจินดา และ สมศักดิ์ กัณฑ์, 2548) ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กประถม (มุสตี จันบาง, 2554) จากการศึกษาพบว่าการนำแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์มาใช้ในชั้นเรียนทำให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ด้านความรู้ ความคิด ทักษะคิด อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม จากการศึกษายังไม่พบว่าการนำ แผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์มาใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงเห็นควรนำแผนการเรียนรู้ผ่าน ประสบการณ์มาเป็นตัวดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตอย่างแพร่หลาย ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ใช้สารเสพติด ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และการส่งเสริมสุขภาพจิต ซึ่งจะพบว่า ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาระในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทลดลง หลังเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ (บุปผา ธนิกกุล, 2556) ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นและผู้ป่วยดูแลตัวเองได้มากขึ้นเช่นกัน (Chien et al., 2004) ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวดีขึ้น (Chien , Norman & Thompson, 2004) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น และผู้ป่วยจิตเภท มีอาการกำเริบซ้ำลดลง (Chien & Chan, 2013) ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่า ภาวะความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมดีขึ้น (Wang,Chien & Lee, 2012) นอกจากนี้แล้วการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองยังช่วยเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลเพื่อปรับปรุงภาวะ โภชนาการเด็ก (นฤมล โพธิสาขา, 2552) สามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลบุตรและช่วยลดความเครียดของมารดาในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคทาลัสซีเมีย (นภัสวรรณ แก้วหลวง, 2547) เมื่อนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปใช้ในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเข้าใจในการดูแลตนเองในระยะฟื้นฟูเพิ่มมากขึ้น (Jackson, Gregory & McKinstry, 2009) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าภายหลังเข้ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มสูงขึ้น (มัลลิกา ทักมาลา, 2555) การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองยังทำให้

ผู้สูงอายุโรคเรื้อนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นด้วย (อิชญา พงษ์อร่าม, 2558) สำหรับการนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า ช่วยลดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในครอบครัว (McCann, Songprakun & Stephenson, 2014) การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในจังหวัดเชียงใหม่ (Songprakun & Mccann, 2012) อีกทั้งยังช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดีขึ้น (Coot & MacLedod, 2012) มีการนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าดีขึ้น (วชิรพร ตีพานัส, 2555) ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารหลังได้รับการตัดกระเพาะอาหาร (Lee et al., 2010) และช่วยลดป้องกันภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน (Dozeman et al., 2011) อีกทั้งยังช่วยให้วัยรุ่นที่มีปัญหาโรคกลัวการเข้าสังคมกล้าที่จะเข้าสังคมขึ้นหลังจากได้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Schulz, Stolz & Berger, 2014) นอกจากนี้แล้วกลุ่มช่วยเหลือตนเองนำมาใช้ในผู้ที่สูบบุหรี่พบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จนสามารถเลิกบุหรี่ได้ (ครรชิต หนากลาง, 2556) ช่วยลดการดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นในชุมชนได้ (Riper et al., 2007) จากการศึกษาของ บราดอนและคณะ (Bradon et al., 2012) พบว่ากลับเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้หญิงตั้งครรภ์ลดการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกได้ และยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น (วิลาวัย์ ไทรโรจนรุ่ง และคณะ, 2550) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองพบว่ามีอาการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น (Nguyen et al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการช่วยเหลือตนเองช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทดูแลตนเองได้ดีขึ้นและเกิดการป่วยซ้ำลดลง ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้แล้ว ยังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่ดื่ม แอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ไปในทางที่ดีขึ้น มีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มมากขึ้นรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น และวัยรุ่นกล้าที่จะเข้าสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองแล้วจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองที่ได้แผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ภายในกลุ่ม เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงเลือกโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาเพื่อเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

2.3.1 ความหมายของสุขภาพจิต

อภิชัย มงคล (2550) ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า คือ การประสบความสำเร็จในการทำงาน ความรัก และมีศักยภาพในการสร้างสรรค์เพื่อความสมบูรณ์และยืดหยุ่นต่อความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างความต้องการภายในกับมโนธรรม สามารถยกย่องบุคคลอื่นและมีชีวิตอยู่ในโลกของความเป็นจริง

อุษา แก้วคำภา (2555) กล่าวถึงผู้ที่มีสุขภาพจิตดีว่า คือ ผู้ที่มีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ มองโลกในแง่ดี สามารถจัดการกับอารมณ์และความคิดของตนเองและของผู้อื่นได้ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข

สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ (2559) ให้ความหมายของสุขภาพจิต คือ สภาพของการดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ซึ่งเป็นความสามารถส่วนบุคคลในการที่จะแก้ปัญหาของตนในแบบฉบับที่ตั้งอยู่บนรากฐานความเป็นจริง โดยอยู่ในกรอบของขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของสังคม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2558) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่าเป็นสภาพความสมบูรณ์ของจิตใจซึ่งได้มาจากความสามารถในเรื่องการกระชับมิตร พิชิตอุปสรรค และรู้จักพอ

สรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง หมายถึง สภาพของจิตใจที่เกิดจากความสามารถในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และสามารถปรับตัวให้เข้ากับบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข สามารถจัดการกับอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองได้ มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองและสามารถสร้างประโยชน์ให้กับสังคมหรือชุมชนได้

2.3.2 ลักษณะผู้มีสุขภาพจิตดี

ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี สรุปได้ดังนี้ (อรุณมิ่งประเสริฐ, 2557)

2.3.2.1 เป็นผู้ที่มีความรู้สึกพึงพอใจรักและเข้าใจตนเอง ไม่โทษตนเองแต่สามารถยอมรับความล้มเหลวที่เกิดขึ้น เป็นผู้ที่เรียนรู้วิธีการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง เช่น อารมณ์กลัว โกรธ รัก ริษยา รู้สึกผิดบาป และสนุกสนาน

2.3.2.2 เป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี และอยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างมีความสุข สามารถให้และรับความรักจากคนอื่นสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและรักษาสัมพันธภาพนั้นไว้ได้

2.3.2.3 เป็นผู้ที่สามารถเผชิญกับปัญหา และตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความรับผิดชอบ วางแผนการในอนาคตโดยปราศจากความกลัว และสามารถพาตนเองไปสู่เป้าหมายได้

สามารถสรุปลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ได้ดังนี้ คือ เป็นผู้ที่สามารถรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง และมีความเชื่อมั่นในตนเองว่ามีตนเองสามารถควบคุมและตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีอารมณ์ขันและการแสดงออกที่เหมาะสม มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข มีอารมณ์หนักแน่นมั่นคง สามารถเผชิญกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้

2.3.3 ลักษณะผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต

อรุณี มิ่งประเสริฐ (2557) อธิบายถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี สรุปได้ดังนี้

2.3.3.1 เป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี และอยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างมีความสุข สามารถให้ความรัก และรับความรักจากคนอื่น สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและรักษาสัมพันธภาพนั้นไว้ได้

2.3.3.2 เป็นผู้ที่สามารถเผชิญกับปัญหา และตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความรับผิดชอบ วางแผนการในอนาคตโดยปราศจากความกลัว และสามารถพาตนเองไปสู่เป้าหมายได้

2.3.3.3 เป็นผู้ที่มีความรู้สึกพึงพอใจ รักและเข้าใจตนเอง ไม่โทษตนเอง แต่สามารถยอมรับความล้มเหลวที่เกิดขึ้น เป็นผู้ที่เรียนรู้วิธีการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง เช่น อารมณ์กลัว โกรธ รัก ริษยา รู้สึกผิดบาป และสนุกสนาน

ปัญหาทางสุขภาพจิตและความเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากหลายสาเหตุ นอกจากนี้ยังมีบุคคลในสังคมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ในครอบครัวทหารที่ทำการศึกษา ก็เป็นกลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น บุตรหลานที่อยู่ในวัยรุ่น ภรรยาเนื่องจากต้องทำหน้าที่ภรรยา มารดา และแรงงาน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

ปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง การตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มากระทบที่ทำให้บุคคลไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามที่ควรจะเป็นและมีความทุกข์ใจทำให้มีอาการทางกาย วิตกกังวล นอนไม่หลับ บกพร่องทางสังคม และมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงรวมถึงรู้สึกวุ่นวาย เป็นที่ดูหมิ่น (Abraham, Fox, & Cohen, 1992)

สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ และคณะ (2552) ได้ให้ความหมายของปัญหาสุขภาพจิตไว้ว่า หมายถึงการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มากระทบที่ทำให้บุคคลไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามที่ควรจะเป็นและมีความทุกข์ใจทำให้มีอาการ ทางกาย วิตกกังวล นอนไม่หลับ บกพร่องทางสังคมและมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ประกอบไปด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ภาวะสุขภาพจิตด้านความรู้สึกผิดปกติทางด้านร่างกาย (somatization) ภาวะสุขภาพจิตด้านซึมเศร้า (depressive) ภาวะสุขภาพจิตด้านความวิตกกังวล (anxiety) ภาวะสุขภาพจิตด้านโรคจิต (psychoticism) ภาวะสุขภาพจิตด้านสังคม (social function)

สรุปลักษณะผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต คือ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมและตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม เมื่อมีความทุกข์ใจไม่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้ รู้สึกไม่มีความสุข เกิดความวิตกกังวล และทำให้เกิดโรคทางกายได้

2.3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต

สภาพจิตใจคนแต่ละคนจะอยู่ในระดับปกติหรือไม่มีอาการเจ็บป่วยสามารถประเมินสภาพจิตใจโดยพิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

2.3.4.1 ความต้องการ ซึ่งความต้องการของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปแล้วแต่สภาพแวดล้อมที่เขาประสบเมื่อบุคคลมีความต้องการแล้วได้รับการตอบสนองจะทำให้สุขภาพจิตดีและเป็นสุข แต่ถ้าบุคคลมีความต้องการแล้วไม่ได้รับการตอบสนอง ย่อมทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งทางด้านสุขภาพจิต (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2555)

2.3.4.2 เป้าหมายของชีวิต บุคคลมีความคาดหวังและตั้งเป้าหมายให้แก่ชีวิตของตนเอง ซึ่งจะทำให้มีกำลังใจในการทำกิจกรรมต่างๆ และถ้าความคาดหวังหรือเป้าหมายเป็นจริงก็จะทำให้มีความสุข แต่ถ้าไม่เป็นจริง ก็จะผิดหวังเป็นทุกข์ อันเป็นเหตุให้มีความยากลำบากในการปรับตัวเข้ากับสังคม (วรรณภา คงสุริยะนาวิณ, 2553)

2.3.4.3 การรู้จักตัวเองและยอมรับตัวเอง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่รู้จักตัวเอง รู้ความต้องการ รู้ความสามารถ รู้ความสนใจ รู้บุคลิกภาพ รู้บ่มตนบ่มด้อยและยอมรับตัวเองมีความเชื่อมั่นต่อตัวเอง มีความหวัง และรู้จักวิธีแก้ไขปรับปรุงตัวเอง (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2555)

2.3.4.4 การเจริญเติบโตและการพัฒนาการทางร่างกาย การเจริญเติบโตและการพัฒนาการทางร่างกายตามปกติ จะทำให้บุคคลมีพัฒนาการทางจิตควบคู่กันไปอย่างสมดุล แต่ถ้าการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของร่างกายผิดปกติไป เช่น อ้วนเกินไป หรือผอมเกินไปอาจทำให้มีสุขภาพจิตเสื่อมได้จากการศึกษาของ สมัย ศิริทองถาวร (2547) ได้ทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ร้อยละ 74.8 มีสุขภาพจิตปกติร้อยละ 18.9 และมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป เพียงร้อยละ 6.3

2.3.4.5 ความรัก ความรักมีอิทธิพลต่อการแสดงออกที่ดีทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่น เป็นข้อผูกมัดในด้านความพอใจซึ่งกันและกัน ความรักทำให้เกิด ความคิดสร้างสรรค์ความเสียสละ ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความเมตตากรุณา ทำให้บุคคลมีคุณค่าและมีความเจริญขึ้นรวมทั้งทำให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งจากการศึกษาของ วิลาวลัย หมอมูล (2557) ที่ทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของสตรีที่คู่สมรสไปทำงานต่างประเทศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะสุขภาพจิตโดยรวม เท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 43.37 ต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 43.37 ตีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 13.26

2.3.4.6 การยอมรับความจริง ความจริงต่างๆ ในโลกก็ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเป็นสุข หรือทุกข์เช่น การพลัดพรากจากกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความตายซึ่งนับว่าเป็นความทุกข์ที่ยิ่งใหญ่ ผู้ที่ยอมรับความจริงจะทำให้สามารถยอมรับความผิดหวังและการสูญเสียได้โดยไม่ตีโพยตีพาย มีความกล้าหาญที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ และยอมรับผลที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2555)

2.3.4.7 การควบคุมอารมณ์ แทบทุกๆ พฤติกรรมของบุคคล มักจะได้รับอิทธิพลมาจากอารมณ์ นอกจากนั้นอารมณ์ก็ยังมีผลต่อร่างกายตนเอง โดยเฉพาะอารมณ์ที่ไม่ดี เช่น โกรธเกลียด กลัว ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลว ความวิตกกังวล ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะระบบย่อยอาหารทำงานผิดปกติ เป็นเหตุทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหาร เมื่อสุขภาพกายเสื่อม ก็จะทำให้สุขภาพจิตเสื่อมตามไปด้วย (วรรณภา คงสุริยนาวิณ, 2553)

2.3.4.8 ความสุข ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีคือ ผู้ที่มีความสุข ลักษณะของคนที่มีความสุข ได้แก่ การชอบติดต่อกับผู้อื่น ให้ความร่วมมือร่วมใจแสดงความคิดเห็นหน้าตาอึมอึม เบิกบาน ยิ้มแย้ม แจ่มใส ประพฤติปฏิบัติตนอยู่ในบรรทัดฐานของสังคม สามารถดำเนินชีวิตไปกับผู้อื่นได้ดี (วิลาวัลย์ หมอมูล, 2557)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกันทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ซึ่งควรให้ความสำคัญกับปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เพื่อเป็นข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม

2.3.5 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

2.3.5.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ฮิลล์ และ สมิทท์ (Hill & Smith, 1985) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตและทำให้มีการพัฒนาบุคลิกภาพอย่างผสมผสาน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวมี 7 ด้าน ประกอบไปด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมตัวเผชิญภาวะวิกฤติและการสูญเสียสูญเสีย การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านร่างกายและการดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ได้ใช้แนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของฮิลล์ และ สมิทท์ (Hill & Smith, 1985) มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับการศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของคนไทย โดยเชื่อว่าการดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณนั้นบุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนเองยึดถือจะสามารถขัดเกลาจิตใจให้บุคคลนั้นดำรงชีวิตได้ด้วยความสุขอย่างแท้จริง และ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ได้ใช้แนวคิดการดูแลตนเองทั่วไปของโอเร็มมาใช้ในการศึกษาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในด้านการดูแลตนเองด้านร่างกาย

จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำอย่างจริงจังด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งภาวะปกติและในยามที่มีปัญหาด้านจิตใจ โดยที่เป้าหมายของการกระทำเหล่านี้คือ ช่วยให้ตนเองมีความสุข ความพอใจ ในการดำรงชีวิตประจำวัน พ้นจากภาวะทุกข์ทรมานจิตใจ หรืออยู่ในภาวะของการมีสุขภาพจิต กิจกรรมเหล่านี้ครอบคลุมถึง การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองทั่วไป

จากแนวคิดดังกล่าว สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดีและกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อประคองจิตใจและส่งเสริมให้มีการพัฒนาการในแต่ละช่วงของชีวิต ทั้งในภาวะปกติและผิดปกติ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ฝึกปฏิบัติได้ ทำให้เกิดการพัฒนาและเกิดความสมดุลในการใช้ชีวิตในสังคม

2.3.6 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) เป็นกรอบในการศึกษา เนื่องจากเห็นว่ามีครอบคลุมและเหมาะสมในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตซึ่งเป็นคนไทย ซึ่งจินตนา ยูนิพันธ์ ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้

2.3.6.1 การพัฒนาการรู้จักตนเอง (self-awareness) จะเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลรับรู้ ความรู้สึกต่อตนเอง ทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถบอกจุดเด่น จุดด้อยหรือข้อจำกัดของตนเองได้ บุคคลนั้นจะต้องไม่ถูกบดบังด้วยความรู้สึกต่ำต้อยหรือด้วยความรู้สึกที่ไม่เพียงพอ ต้องมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งต้องมีความรู้จักตนเองในด้านความรู้สึกและความขัดแย้งต่างๆ สามารถเผชิญกับประสบการณ์ ที่เป็นสิ่งที่น่าพอใจหรือไม่น่าพึงพอใจ พร้อมทั้งสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์นั้นๆ ได้ การยอมรับและพัฒนาจะช่วยให้บุคคลรู้จักตนเองมากขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข การพัฒนาการรู้จักตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นกระบวนการต่อเนื่อง การรู้จักตนเองสามารถพัฒนาขึ้นได้เรื่อยๆ กระบวนการในการพัฒนาการรู้จักตนเองจึงไม่ใช่งานที่ง่ายและเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับความเป็นส่วนตัวของแต่ละบุคคล กิจกรรมที่จะส่งผลดีต่อกระบวนการพัฒนาการรู้จักตนเอง ได้แก่

(1) การทำค่านิยมให้กระจ่าง (value clarification) บุคคลจะดูแลตนเองตามความเชื่อและค่านิยมที่ตนเองยึดถือ หากบุคคลเชื่อว่ากิจกรรมใดเป็นสิ่งจำเป็นที่กระทำให้สุขภาพแข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ บุคคลนั้นก็จะเป็นให้ความสำคัญกับกิจกรรมนั้นและกระทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำ วิธีการหนึ่งที่บุคคลจะทำให้ค่านิยมกระจ่างได้โดยการประเมินตนเอง เช่น อาจเขียนลำดับความสำคัญของสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิต 10 อันดับ เพื่อเป็นเป้าหมายในการกระตุ้นความคิดและให้รู้จักตนเองมากขึ้น

(2) การประเมินทักษะการเผชิญปัญหา (assessment of coping skills) เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาและเหตุผลที่เลือกวิธีการนั้น ซึ่งการเรียนรู้แบบแผนการเผชิญปัญหาเป็นสิ่งที่บุคคลเรียนรู้มาจากอดีต การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตจะรวมถึงความมุ่งมั่นของบุคคลที่จะพยายามหาวิธีการเผชิญปัญหาเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพจิตดีและสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(3) การรับรู้ความรู้สึก (awareness of feeling) การฝึกหัดระบายความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองเสมอๆ จะทำให้บุคคลเข้าใจตนเองและบุคคลอื่นจะได้เข้าใจด้วยการที่บุคคลจะพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเองอาจกระทำได้โดยการฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเอง คือ “ฉันรู้สึกกว่า” แทนที่จะใช้คำพูดแสดงความคิดคือ “ฉันคิดว่า” ฝึกสะท้อนความคิดเห็นที่มีต่อบุคคลอื่นตามความเป็นจริงและสำรวจความรู้สึกของตนเองว่ามีความรู้สึกนึกคิดอะไรขึ้นมา แล้วค้นหาว่าสามารถเกิดจากอะไร เป็นการเปิดเผยความรู้สึกและเข้าใจความรู้สึกนั้นและรับฟังข้อมูลย้อนกลับ

(4) การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (Awareness of thought and action pattern) บุคคลจะแสดงออกในแบบแผนที่สุดอดคล้องกับความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง ดังนั้น บุคคลจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ตนเองมีความสามารถและเชื่อว่ากิจกรรมนั้นมีคุณค่าหรือมีความหมายต่อชีวิตของตน

2.3.6.2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การติดต่อสื่อสารเป็นความสามารถในการรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิดความรู้สึกระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเองและความสามารถในการรับรู้ความต้องการของผู้อื่นในการสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม ช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ยืนยงต่อไป บุคคลจะมีการสื่อสารตลอดเวลา ทั้งการสื่อสารกับผู้อื่นและกับตนเอง

การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ คือ การติดต่อสื่อสารที่ทำให้ผู้ส่งและผู้รับข่าวสารรับรู้ความต้องการของกันและกัน ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ประกอบด้วยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร การมีความรู้สึกพร้อมของผู้รับข่าวสาร การสนับสนุนแนวคิดและมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ที่เราสื่อสารด้วย และผู้สื่อสารทั้งสองฝ่ายมีความเท่าเทียมกันในความเป็นมนุษย์ การสื่อสารเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเองและความสามารถของบุคคลในการรับรู้ความต้องการของผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เพราะปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ต้องเก็บระงับความรู้สึกความคิดนั้นไว้ หรือสื่อสารไม่ตรงกับความคิด ความรู้สึกที่แท้จริง ทำให้เกิดความคับข้องใจ หรือบางคนอาจใช้กลไกป้องกันทางจิตลักษณะต่างๆ เพื่อช่วยผ่อนคลายความไม่สบายใจ เมื่อใช้มากเกินไปอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้วิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (transactional analysis) และการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (assertiveness training)

2.3.6.3 การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ความสามารถในการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังนั้น ในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลทั้งในชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งปริมาณและคุณภาพ จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการจัดระบบระเบียบการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาการใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพนั้น บุคคลจะต้องเห็นคุณค่าของเวลา รู้จักประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน มีการวางแผนการใช้เวลาทั้งในด้านการทำงานและการพักผ่อน การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพทำให้บุคคลมีเวลาสำหรับการทำงาน การพักผ่อนการออกกำลังกาย หรือการอุทิศตัวให้แก่สังคมและมีเวลาสำหรับการผ่อนคลายความเครียดให้แก่ตนเอง ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดปัญหาสุขภาพจิตในยุคปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม

2.3.6.4. การเผชิญปัญหา ปัญหาที่เกิดขึ้นทุกปัญหาจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลไม่เป็นสุข กังวลใจ เป็นทุกข์ ดังนั้นบุคคลจึงพยายามหาทางแก้ปัญหา เพื่อให้สภาวะอารมณ์กลับคืนสู่สภาวะสมดุล ถ้าบุคคลแก้ปัญหาไม่ได้จะเกิดภาวะกดดัน รู้สึกถูกคุกคามและถ้าไม่สามารถแก้ไขในสถานการณ์ในระยะเวลาที่เหมาะสม ก็จะทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการเจ็บป่วยทางกาย หรือการเจ็บป่วยทางจิต ปัญหาบางอย่างอาจทำให้บุคคลตกอยู่ในภาวะวิกฤตได้ ซึ่งภาวะวิกฤตที่พบส่วนใหญ่จะเป็นผลมาจากการสูญเสียที่บุคคลไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ในระยะเวลาที่เหมาะสมในขณะนี้บุคคลมักจะตัดสินใจผิดพลาด เพราะหมกมุ่นอยู่กับความ

วิตกกังวล รวมทั้งไม่สามารถจะใช้ทรัพยากรส่วนตัวและด้านบุคคลให้เป็นประโยชน์ต่อสภาพการณ์ของตนได้ ผลที่เกิดขึ้นอาจทำให้บุคคลนั้นนอนไม่หลับ น้ำหนักลด หรือมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา ซึ่งเป็นผลในทางลบ เนื่องจากไม่สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตหรือการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ ในการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต นอกจากนี้บุคคลจะต้องใช้กระบวนการแก้ปัญหาช่วยวิเคราะห์ พิจารณาหาสาเหตุและวิธีการแก้ปัญหาในส่วนที่แก้ไขได้แล้ว บุคคลยังต้องพัฒนาความสามารถในการวิเคราะห์ถึงเหตุการณ์ บุคคลหรือทรัพยากรอื่นๆ ตลอดจนวิถีทางที่จะบรรเทาความเครียดที่เกิดจากปัญหาและภาวะวิกฤต เพื่อช่วยให้บุคคลปรับตัวให้เกิดภาวะสมดุลทางจิตใจได้

2.3.6.5 การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล มีการให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลรวมถึง การช่วยเหลือโดยสิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลป้อนกลับและการมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด โดยประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรงและช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอสามารถป้องกันการเกิดพยาธิสภาพต่างๆ จากภาวะวิกฤตได้

2.3.6.6 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักการความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ โดยเน้นที่การละเว้นความชั่ว กระทำความดีและกระทำจิตใจให้สงบรวมทั้งการมีคุณธรรม ได้แก่ ความเมตตา กรุณา ความเสียสละ และการปล่อยวาง โดยในแต่ละศาสนาอาจจะมีคำสั่งสอนที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันในด้านรูปลักษณะ และหน้าที่ทางสังคม แต่มีจุดมุ่งหมายอย่างเดียวกันคือ สอนให้คนเป็นคนดี เข้ากับสังคมได้ ให้มีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีแนวทางในการปฏิบัติในการดำรงชีวิตอย่างพอเพียง สงบสุขการทำความดีด้วยการทำบุญให้ทาน การทำจิตใจให้บริสุทธิ์ ทำสมาธิช่วยให้จิตใจสงบ สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา สามารถปล่อยวางและยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิต ซึ่งเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพจิตที่ดีและการฝึกจิตใจให้สงบ มีความสามารถในการที่จะแก้ไขและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวิธีหนึ่ง

2.3.6.7 การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองโดยทั่วไปเป็นการกระทำที่ดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของทุกบุคคลทุกวัยและการแสวงหาแนวทางในการดำรงชีวิตอย่างเหมาะสม ได้แก่ การดูแลตนเองในเรื่องต่อไปนี้ คือ

(1) **การดูแลตนเองให้ร่างกาย** ได้รับสารอาหารอย่างถูกต้อง ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ หลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นความสุขอย่างหนึ่ง

(2) **การออกกำลังกาย** เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง เสริมสร้างสมรรถภาพทางกายและช่วยส่งเสริมสุขภาพ

(3) **การพักผ่อนนอนหลับ** เป็นวิถีธรรมชาติที่สุดในการลดและขจัดความเครียด ทำให้ทั้งร่างกายและจิตใจสงบลง การใช้พลังงานของร่างกายลดลง

(4) **การฝึกทักษะการผ่อนคลาย** เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันภาวะเครียดมากและนานเกินไป เพื่อไม่ให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งให้ความสำคัญกับผลที่ตามมามากกว่าคือ ให้มีการผ่อนคลายของร่างกายและจิตใจ เทคนิคการผ่อนคลายที่นิยมมากคือ การทำสมาธิ ซึ่งเป็นการผ่อนคลายความเครียดและพักผ่อนจิตใจที่ดีวิธีหนึ่ง เป็นการฝึกอารมณ์ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพที่เป็นธรรมชาติ สงบนิ่ง ไม่ฟุ้งซ่าน

จากองค์ประกอบของการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้ง 7 ด้านมีความสำคัญในการที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพจิตที่ดีแล้ว ย่อมจะทำให้แนวโน้มการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงที่ผ่านมามีพบว่ายังไม่มีใครศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ศึกษาเห็นว่ามีมีความสำคัญ เนื่องจากถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสุขภาพจิตที่ดีแล้วจะช่วยลดผู้ที่เจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตลง อีกทั้งยังทำให้สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดียิ่งขึ้น

2.3.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานวิจัยที่ช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหลายวิธี ได้แก่ การฝึกการแก้ไขปัญหาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในเด็กวัยรุ่น (ลัดดา แสงสีทา, 2545) กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (เกษณี คำจันทร์, 2546) และผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้เสพติดยาบ้า (บังอร สุปรีดา, 2546) การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ใช้แรงงาน

(ทชภา นาคประเสริฐ, 2550) และการปรึกษารายบุคคลอิงทฤษฎีมนุษยนิยมสำหรับหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (ธัญญนันท์ เนตรธนู, 2551) จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ส่วนมากงานวิจัยจะศึกษาเกี่ยวกับ ผู้ที่มีแนวโน้มเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตแต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต (อุษา แก้วคำภา, 2555)

ดังนั้นควรมีการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสมส่งผลให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นและช่วยลดจำนวนประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิตด้วย

2.3.8 โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของความคิดแต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม และสังคม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) นอกจากนี้ผู้ที่เป็โรคนี้มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่และสมรรถนะทางสังคมเสื่อมไป ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่นอก เหนือจากบทบาทเดิมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ดูแลในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดามากที่สุด และอาศัยอยู่ร่วมครอบครัวเดียวกันกับผู้ดูแลตั้งแต่เริ่มป่วยจนปัจจุบันทำหน้าที่ดูแลและต้องรับภาระอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดและมีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (สายใจ ก้าวอนันตคุณ, 2552) ถ้าความเครียดนั้นมีมากและเกิดยาวนานจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิด สติปัญญา อารมณ์ และเจตคติของผู้ดูแลทำให้ความสามารถในการเผชิญ ความเครียดไม่ดี ส่งผลให้ไม่สามารถระบายความรู้สึกที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (นงคราญ รางแดง, 2550) ทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจิตตามมา (ธิดารัตน์ คะเนิงเพียร, 2557) ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะวิตกกังวลและความเครียด (Hashem & Al-Juboori, 2011) เกิดความทุกข์ด้านจิตใจในขณะที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Mitsonic et al., 2010) และมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 28 (Harsha et al., 2012) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มากานาและคณะ (Magana et al., 2010) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทละตินอเมริกา มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 18 ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 50.43 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต (อุษา แก้วคำภา, 2555)

ดังนั้นจึงควรมีการจึงควรมีกิจกรรมที่จะช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสมและลดการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองมีประสิทธิภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตหลายด้าน กลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยลดความรู้สึกรับผิดชอบของผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทดูแลตนเองได้ดีขึ้นและเกิดการป่วยซ้ำลดลง ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้แล้ว ยังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่ดื่ม แอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ไปในทางที่ดีขึ้น มีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มมากขึ้นรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น และวัยรุ่นกล้าที่จะเข้าสังคมมากขึ้น

จากแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่งเป็นการรวมตัวของสมาชิกด้วยความสมัครใจ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Wa & Bleure, 1992) การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะได้รับการให้ความช่วยเหลือใน 4 ลักษณะ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (share emotional and social support) การให้ข่าวสารระหว่างสมาชิก (information) การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้และการพัฒนาทักษะ (education and skill development) และการให้ความช่วยเหลือ (advocacy) โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพมีบทบาทหน้าที่ประสานงานของกลุ่มให้ไปอย่างต่อเนื่อง ให้กำลังใจ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินกลุ่ม (facilitator) ทั้งนี้ ผู้วิจัยนำแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential activities planner : EAP) มาเป็นตัวดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่มโดยแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้แก่สมาชิก ได้รับความใฝ่รู้ เพิ่มความสนุกสนาน และทำให้สมาชิกสามารถเชื่อมโยงระหว่างสาระการเรียนรู้กับชีวิตประจำวันได้ (สันติ จิตระจินดา และ สมศักดิ์ กัณฑ์, 2548) โดยขั้นตอนการจัดประสบการณ์ภายในกลุ่ม ขั้นตอน 6 ประการของ EAP ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 อุ่นเครื่อง (warm up) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เหมาะสมและเตรียมความพร้อมการเข้ากลุ่ม ขั้นที่ 2 แนะนำปัญหา/โจทย์ (problem identification) เพื่อเสนอปัญหา/โจทย์แก่สมาชิกด้วยอุปสรรคสร้างสรรค์อันแยบคาย โดยเน้นให้สมาชิกมีส่วนร่วม (participation) ขั้นที่ 3 ไตร่ตรองทางแก่เฉพาะตน (individual exploration) เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ภายในตนของสมาชิกให้เข้าถึงปัญหา หาทางแก้ไขปัญหา และมีจุดยืนเป็นของตนเอง ขั้นที่ 4 ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม (group works) เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้จากกลุ่ม และมุมมองที่หลากหลาย ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม เมื่อสมาชิกตรวจสอบความคิดเห็นของตนเองเกี่ยวกับปัญหาและมีผลงานข้อสรุปความคิดเห็นระดับหนึ่งของตนเองออกมาแล้วกิจกรรมในขั้นนี้จะนำเสนอผลงานเหล่านั้นมาเป็นตัวป้อน (input) ให้กลุ่มระดมสมองประมวลผล (processing) สร้างข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาข้อสรุปบางประการเพื่อใช้เป็นทางออกในการแก้ไขปัญหา ขั้นที่ 5 สื่อสาร

ทางออก (communication) เพื่อฝึกการตัดสินใจ การเสนอความคิดและพัฒนาทักษะการวิพากษ์วิจารณ์ หรือพิจารณาข้อเสนอแนะ จากนั้นกลุ่มรวบรวมข้อเสนอแนะป้อนกลับ (feed-back) และคำวิพากษ์วิจารณ์ ที่ได้รับกลับไปเสริมการสังเคราะห์และหาทางเลือกที่เหมาะสม ขั้นที่ 6 ถอดรหัสปรับใช้ (debriefing) เพื่อสมาชิกเข้าใจกระบวนการเรียนรู้ของตนเอง และเปลี่ยนแปลงการกระทำการกระทำ โดยผู้วิจัยจะสอบถามระหว่างกระบวนการเรียนรู้และ/หรือ ภายหลังเสร็จสิ้นการเสนอผลงานการสื่อสาร ทางออกกลุ่ม โดยเริ่มจาก การสำรวจความรู้สึกของสมาชิก (felling) ความระลึกได้ (recall) ความเข้าใจ (comprehension) ทางเลือกต่างๆ (option) โอกาสการกระทำ (commitment and action) เมื่อเข้ากลุ่ม ต่อเนื่องจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด และทัศนคติ เกิดการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้

การพัฒนาโปรแกรม

Self-help group	EAP	การบูรณาการ
<p>กลุ่มที่รวมตัวขึ้นด้วยความยินยอมและสมัครใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะได้รับการให้ความช่วยเหลือใน 4 ได้แก่ การแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (share emotional and social support) การให้ข่าวสารระหว่างสมาชิก (information)) การให้ข้อมูลที่เป็ความรู้และการพัฒนาทักษะ (education and skill development) และการให้ความช่วยเหลือ (advocacy)</p>	<p>แผน การ เรียน รู้ ผ่าน ประสบการณ์ (experiential activities planner: EAP) หมายถึง แผนการออกแบบประสบการณ์ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้แก่ผู้สมาชิก ้่าความรู้ เพิ่มความสนุกสนาน และทำให้สมาชิกสามารถเชื่อมโยงระหว่างสาระการเรียนรู้กับชีวิตประจำวันได้ (สันติ จิตรระจินดา และ สมศักดิ์ กัณหา,2548) ประกอบด้วย ขั้นตอน 6 ดังนี้</p> <p>1.อุ่นเครื่อง เป็นกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เหมาะสม และเตรียมความพร้อมกลุ่มการเข้ากลุ่ม</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 ร่วมมือร่วมใจ</p> <p>1.อุ่นเครื่อง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่ม และทำกิจกรรม ใครชื่ออะไร และกิจกรรมปลา เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้รู้จักกันและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน</p> <p>2.แนะนำปัญหา/โจทย์ ผู้วิจัยถามคำถามแก่สมาชิก “สมาชิก รู้สึกอย่างไรเมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วยจิตเภท”</p> <p>3.ไตร่ตรองทางแก้เฉพาะตน ผู้วิจัยให้สมาชิกนึกถึงความรู้สึกของตนเอง จากนั้นให้ระบายสีลงบนกระดาษ</p> <p>4.ระดมสมองทางออกโดยกลุ่มสมาชิกแบ่งกลุ่ม โดยสมาชิกแต่ละกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้สึก</p>

Self-help group	EAP	การบูรณาการ
	<p>โดยคาดหวังให้การเรียนรู้มีลักษณะเป็นกันเอง ผ่อนคลาย ทำท่าย</p> <p>2.แนะนำปัญหา/โจทย์หลังจากที่สมาชิกพร้อมที่จะเรียนรู้ ผู้วิจัยนำเสนอปัญหาแก่สมาชิกด้วยอุบายสร้างสรรค์ โดยเน้นให้ผู้สมาชิกมีส่วนร่วมโดยกิจกรรมที่จัด มีเกณฑ์ที่ควรคำนึง คือ การใช้คำถามปลายเปิด ใช้เทคนิคเล่นกับความคิดแบบต่างๆ การสื่อสารได้อย่างเหมาะสมและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย คือ ก่อให้เกิดการเรียนรู้โดยทั่วกันของสมาชิก และก่อให้เกิดความรู้สึกสะท้อนใจ มโนภาพ</p> <p>3.ไตร่ตรองทางแก้เฉพาะตน เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ภายในตนของสมาชิก ให้เข้าถึงปัญหา หาทางแก้ไข ปัญหาและมีจุดยืนเป็นของตนเอง โดยนำเอากิจกรรมใช้โจทย์หรือปัญหาที่แนะนำมาแล้วในข้อ 2 เป็นตัวป้อนและให้สมาชิกประมวลผล โดยมุ่งให้สมาชิกคิดค้น ตรวจสอบ เพื่อทำความเข้าใจในปัญหาจากมุมมองของตนเอง หรือสร้างข้อคิดเห็นเกี่ยวกับทางออกของปัญหาของตนเอง หรือสร้างข้อคิดเห็นเกี่ยวกับทางออกของปัญหาจาก</p>	<p>เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายในกลุ่ม</p> <p>5.สื่อสารทางออก กลุ่มย่อยนำเสนอสิ่งที่ได้แลกเปลี่ยนระหว่างกันในกลุ่มโดยการระบายสีที่แสดงความรู้สึก และส่งตัวแทนออกมาอภิปราย</p> <p>6.ถอดรหัสปรับใช้ ผู้วิจัยสรุปความรู้สึกทั้งหมด เข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น กล่าวชื่นชมสมาชิก พร้อมทั้งกล่าวถึงผลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาวในด้านสุขภาพจิตสมาชิกดูวิดีโอ แนวโน้มปัญหาสุขภาพจิต ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกตระหนักถึงการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จากนั้นผู้วิจัยสอบถามสมาชิกถึงความต้องการเข้ากลุ่มว่ามีมากน้อยเพียงใด และมอบใบงานที่ 1 ฟันฝ่าอุปสรรค จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายในการเข้ากลุ่มต่อไป และกล่าวปิดกลุ่ม</p> <p>กิจกรรมที่ 2 ฟันฝ่าอุปสรรค</p> <p>1.อุ่นเครื่อง ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม จากนั้นแจ้งสมาชิกในกลุ่มให้รับทราบว่าคุณกลุ่มนี้เป็นกลุ่มปิด สิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่มถือเป็นความลับภายในกลุ่มเท่านั้น สมาชิกบอกกติกา มารยาทในการ</p>

Self-help group	EAP	การบูรณาการ
	<p>นั้นให้สมาชิกสื่อสารการประ มวล ผล ออกมาเป็นชิ้นงาน อาทิ การ แสดงออกทางศิลปะต่างๆ</p> <p>4.ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม โดยจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการ เรียนรู้จากกลุ่ม และมุมมองที่ หลากหลายระดมสมองทางออก โดยกลุ่ม เมื่อสมาชิกตรวจสอบ ความคิดเห็นของตนเองเกี่ยวกับ ปัญหาและมีผลงานข้อสรุปความ คิดเห็นระกัหนึ่งของตนเองออก มาแล้วกิจกรรมในขั้นนี้จะนำเสนอ ผลงานเหล่านั้นมาเป็นตัวป้อน ให้ กลุ่มระดมสมองประมวลผล สร้าง ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อพัฒนา ข้อสรุปบางประการเพื่อใช้เป็น ทางออกในการแก้ไขปัญหา</p> <p>5.สื่อสารทางออกเป็นกิจกรรมเพื่อ ฝึกการตัดสินใจ การเสนอความ คิดและพัฒนาทักษะการวิพากษ์ วิจาร์ณโดยกลุ่ม สื่อสารการ แสดง ผลการประมวลมาเป็นชิ้นงาน เช่น การแสดงออกทางศิลปะต่างๆ นำเสนอชิ้นงานนั้นโดยมีเป้าหมาย ในการเผยแพร่แนวคิด และโน้มน้าวจิตใจใน ขณะเดียวกันก็เปิด กว้างต่อการประเมินหรือพิจารณา ข้อเสนอ แนะจากนั้นกลุ่มรวบรวม ข้อ เสนอแนะป้อนกลับและคำ แนะนำที่ได้รับกลับไปเสริมการ สังเคราะห์</p>	<p>เข้ากลุ่ม ทบทวนการบ้านของแต่ละคน ทำกิจกรรมหุ่นดนตรี และสรุปสิ่งที่ได้ คือ การทำงานหรือทำสิ่งใดๆล้วนแล้วต้องมีปัญหาและอุปสรรค</p> <p>2.แนะนำปัญหา/โจทย์ ผู้วิจัยให้สมาชิกดูภาพ และเลือกภาพจะมี สถานการณ์ตามภาพที่สมาชิกเลือก</p> <p>3.ไต่ร่องทางแก้ไขเฉพาะตน สมาชิกเขียนวิธีการแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์ที่ตนเองเลือกรูปที่ 1 สถานการณ์ที่ 1 มี ครอบครัวหนึ่งมีสมาชิกในครอบครัว 4 คน ได้แก่ พ่อ แม่ ลูก 2 คน ลูกคนโต ทำงานรับจ้าง ลูกคนเล็กเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่อายุ 16 ปี ตอนนี้อายุ 25 ปี เข้าออกโรงพยาบาลจิตเวชเป็นประจำ เนื่องจากไม่รับประทานยา ต่อเนื่องทำให้อาการกำเริบ</p> <p>รูปที่ 2 สถานการณ์ที่ 2 มีครอบครัวหนึ่งมีสมาชิกในครอบครัว 4 คน ได้แก่ พ่อ แม่ ลูก 2 คน ลูกคนโตทำงานรับจ้าง ลูกคนเล็กเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท เริ่มมีอาการถดถอยไม่ยอมดูแลตัวเอง ไม่ยอมอาบน้ำ แยกตัวเอง ไม่เข้าสังคม ผู้วิจัยให้ความรู้ เรื่องกระบวนการแก้ไขปัญหา ตามใบความรู้ที่ 1 การแก้ไขปัญหา</p>

Self-help group	EAP	การบูรณาการ
	<p>และหาทางเลือกที่เหมาะสม</p> <p>6.ถอดรหัสปรับใช้ จัดกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกเข้าใจกระบวนการเรียนรู้ของตนเอง การปรับ ปรุง และเปลี่ยนแปลงการกระทำกรามี การทบทวนความรู้ก่อนและหลัง การเข้ากลุ่มให้สมาชิกเข้าใจการกระทำระหว่างกันของประสพการณ์เดิมและประสพการณ์ใหม่ที่ก่อให้เกิดข้อสรุปหรือมติใหม่ สมาชิกเห็นวิธีการนำความรู้ความ เข้าใจและทัศนคติที่ได้รับจากการ เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันสมาชิกสรุปประสพการณ์และเชื่อมโยงสู่การค้นคว้าเพิ่มเติมและการขยายผลกระทำกร อื่นๆ</p>	<p>4.ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม แบ่งกลุ่ม ตามรูปที่สมาชิกเลือก สมาชิกนำคำตอบที่ได้มารวมกัน แล้วช่วยกันหาวิธีการแก้ไขปัญห ที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น</p> <p>5.สื่อสารทางออก สมาชิกกลุ่ม นำเสนอ และร่วมกันอภิปราย</p> <p>6.ถอดรหัสปรับใช้ สมาชิกสรุปสิ่ง ที่ได้เรียนรู้ร่วมกันและกระ บวน การแก้ไขปัญหที่ได้ให้ความรู้ไป ว่าสิ่งที่ได้จากกลุ่มถูกต้องตาม กระบวนการแก้ไขปัญหหรือไม่ บอกถึงสิ่งที่ได้รับการเข้ากลุ่ม ครั้งนี้ และการนำสิ่งที่ได้จากการ เข้ากลุ่มครั้งนี้ ไปปฏิบัติ พร้อมทั้ง ให้สมาชิกสอบถามข้อสงสัย ผู้วิจัยนัดหมายให้สมาชิกเข้ากลุ่ม ช่วยเหลือตนเอง ครั้งต่อไปในเรื่อง รู้จักตน พัฒนาตน พร้อมให้ใบงานที่ 2 รู้จักตน พัฒนาตนโดยให้สมาชิก เขียนถึงบุคลิก ลักษณะของข้าพเจ้า อุปนิสัยของข้าพเจ้า ข้อดีของ ข้าพเจ้า ข้อด้อยของข้าพเจ้า วิธีการปรับ ปรุงตนเอง</p>

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

3.1 รูปแบบการทดลอง

กลุ่มทดลอง	O_{11}	X	O_{12}
กลุ่มควบคุม	O_{21}		O_{22}

$$\bar{D}_1 = O_{12} - O_{11}$$

$$\bar{D}_2 = O_{22} - O_{21}$$

O_{11} หมายถึง พฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

O_{12} หมายถึง พฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

O_{21} หมายถึง พฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ

O_{22} หมายถึง พฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ

X หมายถึง โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

\bar{D}_1 หมายถึง ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยใช้ค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง ลบด้วยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองได้แก่ $\bar{D}_1 = O_{12} - O_{11}$

\bar{D}_2 หมายถึง ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม โดยใช้ค่าเฉลี่ยหลังการทดลองลบด้วยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองได้แก่ $\bar{D}_2 = O_{22} - O_{21}$

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับยาหรือรับยาแทน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรับยาหรือรับยาแทน แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ที่เข้ารับบริการระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2559

3.2.2.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

(1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria)

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคจิตเภทและมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทางสายเลือด ทางกฎหมาย หรือเครือญาติ ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติพี่น้อง
2. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี
3. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
4. สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนได้

(2) เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลแต่ได้รับค่าจ้างในการดูแล
2. เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคไต เป็นต้น

(3) เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา (discontinuation)

1. เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ต่อเนื่องน้อยกว่าร้อยละ 80
2. เสียชีวิต ย้ายที่อยู่ ขอลถอนตัวจากการวิจัย

3.2.2.2 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

(1) การประสานขอความร่วมมือ ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือกับพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ คัดเลือกผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับยาหรือรับยาแทน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2559 ถึง เดือนกรกฎาคม 2559 จำนวน 1,156 คน

(2) **การชี้แจงโครงการ** ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมกับอธิบายเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมในครั้งนี้ จากนั้นทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

(3) **การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารักษาหรือรับยาแทน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ระหว่างเดือน มิถุนายน 2559 ถึง เดือนกรกฎาคม 2559 จำนวน 1,156 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ จำนวนทั้งหมด 160 คน ในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ โดยให้กลุ่มที่รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุด คือ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ซึ่งจากการศึกษาของ อุษา แก้วคำภา (2555) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะ ในการดูแลกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 41.7) มีจำนวนมากกว่าเพศชาย 5 เท่า จากการศึกษานี้ของ ญัฐยา พรหมบุตร (2545) ศึกษาเรื่อง สุขภาพจิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง ยาวนาน ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและรับยาต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว ผู้ดูแล ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เกิดความยากลำบากในการดูแล และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุมพล สมประสงค์ (2550) พบว่า ผู้ที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือฐานะทาง เศรษฐกิจขัดสน จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด จากนั้นทำการจับคู่ผู้ดูแลทั้งหมด 30 คู่ โดยผู้ดูแลที่ไม่ สามารถจับคู่ได้ทั้งหมด 100 คน ซึ่งผู้วิจัยได้แจ้งข้อมูลทางโทรศัพท์และให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต

(4) **การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยสุ่มผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท โดยการจับฉลาก ชื่อของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการจับคู่ให้ฉลากที่จับขึ้นมาได้ก่อนเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม กลุ่มช่วยเหลือตนเองส่วนฉลากที่จับขึ้นมาภายหลังเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

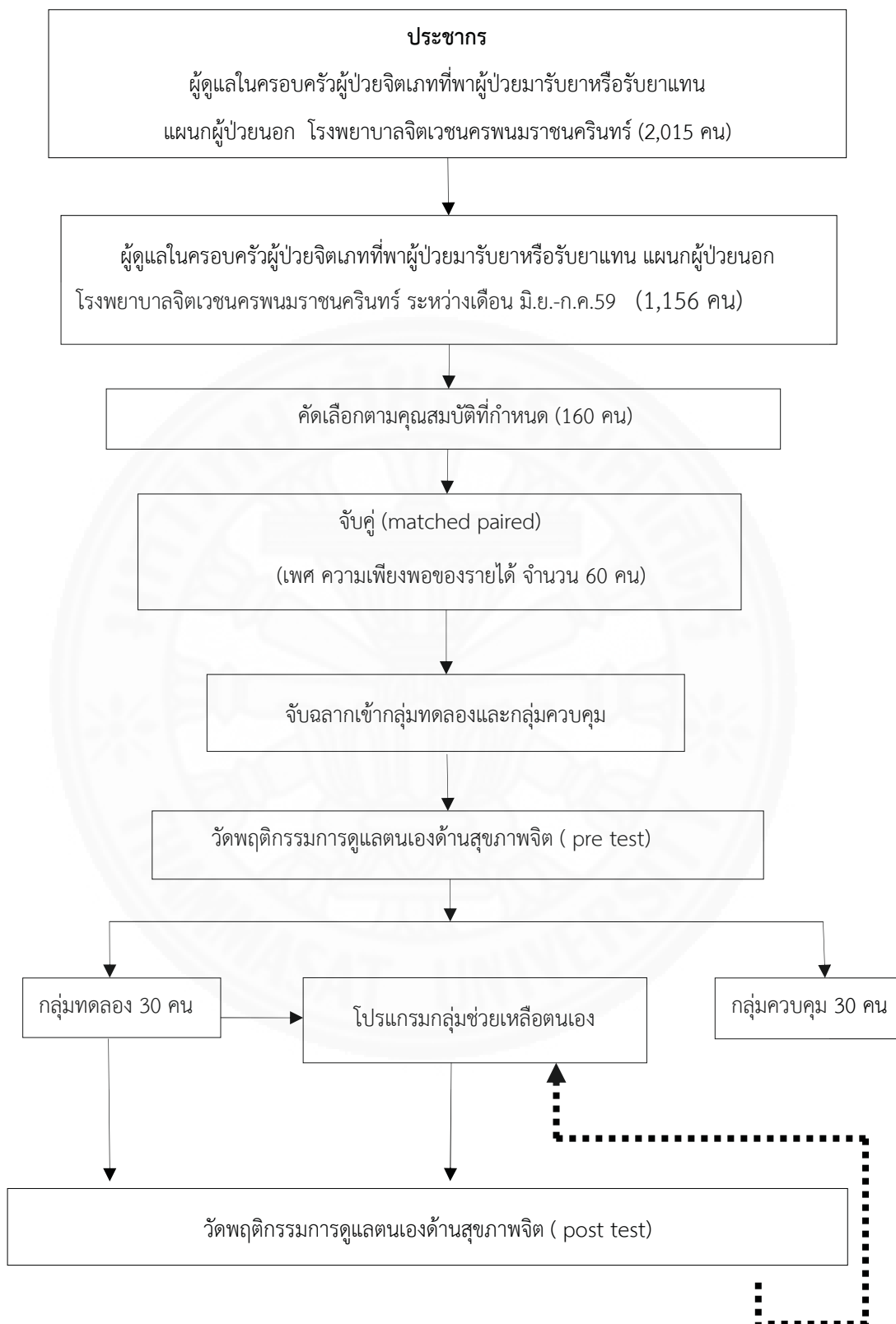
3.2.2.3 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ .05 กำหนดขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบ โดยนำค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลัง และค่าส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (previous study) จากการศึกษาของ เซน นอร์แมน และทอมสัน (Chien, Norman & Thompson, 2004) เรื่อง ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีการศึกษาตัวแปรและประชากรที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งทดสอบด้วยสถิติ t-test เมื่อนำมาหาค่า effect size

ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 แทนค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 24.31 และค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 28.51 ค่า SD ของกลุ่มทดลองได้เท่ากับ 4.65 และค่า SD ของกลุ่มควบคุมได้เท่ากับ 6.75 เมื่อนำมาคำนวณได้ค่า $d = .72$ โดยแทนค่าในโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย ระหว่างดำเนินการวิจัยเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล (attrition rate) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20% (Grove, Burn & Gray, 2013) จะได้กลุ่มตัวอย่าง 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

3.2.3 การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากชื่อของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการจับคู่ให้ฉลากที่จับขึ้นมาได้ก่อนเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ส่วนฉลากที่จับขึ้นมาภายหลังเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ตาม แบบฟอร์มข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (ตามภาคผนวก ข) และเมื่ออาสาสมัครทำความเข้าใจเรียบร้อย และ มีความยินดี เข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้เซ็นชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งแรกจะให้ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต แบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 จากนั้นนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 8 ครั้งและสัปดาห์สุดท้ายของการเข้าร่วมโปรแกรมจะทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ประกอบไปด้วย การซักประวัติของผู้ป่วยจิตเภท จากผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การรับ ประทานยาต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ตาม แบบฟอร์มข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (ตามภาคผนวก ข) และเมื่ออาสาสมัคร ทำความเข้าใจเรียบร้อย และมีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้เซ็นชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ในครั้งแรกจะให้ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 หลังการมาตรวจตามนัดปกติ เพื่อทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสัปดาห์ที่ 8 และผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เบื้องต้นพบว่า โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีประสิทธิผล จึงแจ้งให้กลุ่มควบคุมที่มีความสนใจเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สามารถเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมได้ ภายหลังสิ้นสุดการศึกษาวิจัยแล้ว โดยผู้วิจัยมอบคู่มือคลายเครียดให้แก่กลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดโครงการ



ภาพที่ 3.1 แสดงการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.3.1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และโรคประจำตัวอื่นๆ

3.3.1.2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ใช้แนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นโดย ฮิลล์ และ สมิธ (Hill & Smith, 1990) ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ใช้เกณฑ์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ใน 9 และ ได้ค่าความเชื่อมั่น = .93 มีข้อคำถามจำนวน 60 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 58 ข้อ และข้อความทางลบ 2 ข้อ (ข้อ 21,31) แบ่งออกเป็นการดูแลตนเองด้านต่างๆ 7 องค์ประกอบ คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง มีจำนวน 12 ข้อ (ข้อ 1,8,15,22,29,36,42,47,52,55,58,60) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีจำนวน 7 ข้อ (ข้อ 2,9,16,23,30,77,43) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ มีจำนวน 6 ข้อ (ข้อ 3,10,17,24,31,38) การเผชิญปัญหา มีจำนวน 11 ข้อ (ข้อ 4,11,18,25,32,39,44,48,53,56,59) การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม มีจำนวน 5 ข้อ (ข้อ 5,12,19,26,33) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีจำนวน 10 ข้อ (ข้อ 6,13,20,27,34,40,45,50,54,57) และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีจำนวน 9 ข้อ (ข้อ 7,14,21,28,35,41,46,49,51) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับ จากกิจกรรมที่กระทำเป็นประจำ ถึงเกือบหรือไม่เคยกระทำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

คำตอบ	ข้อความทางบวก (คะแนน)	ข้อความทางลบ (คะแนน)
กิจกรรมนั้นกระทำเป็นประจำ	4	1
กิจกรรมนั้นกระทำบ่อยครั้ง	3	2
กระทำบางครั้ง	2	3
กิจกรรมนั้นเกือบหรือไม่เคยกระทำ	1	4

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.3.2.1 โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า เอกเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้กรอบแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) ของวอล์ซ และบลูเออร์ (Walz & Bleure, 1992) การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะได้รับการให้ความช่วยเหลือ ใน 4 ลักษณะ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (share emotional and social support) การให้ข่าวสารระหว่างสมาชิก (information) การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้และการพัฒนา ทักษะ (education and skill development) และการให้ความช่วยเหลือ (advocacy) เพื่อหาแนวทาง การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ผู้วิจัยนำแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential activities planner : EAP) มาเป็นตัวดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่ม โดยออกแบบกิจกรรม ทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 100 นาที ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ มีการบ้าน และมีการ โทรติดตาม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมร่วมมือร่วมใจ 2) กิจกรรมฟันฝ่าอุปสรรค 3) กิจกรรมรู้จักตน พัฒนาตน 4) กิจกรรมสื่อสาร อย่่างไร ให้คนรัก 5) กิจกรรมกายเข้มแข็ง ใจเบิกบาน 6) กิจกรรมนาฬิกาชีวิต 7) กิจกรรมชุมชนพึ่งใจ 8) กิจกรรมดอกไม้ให้คุณ และในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 อุ่นเครื่อง (warm up) ขั้นที่ 2 แนะนำปัญหา/โจทย์ (problem identification) ขั้นที่ 3 ไตร่ตรองทางแก้เฉพาะตน (individual exploration) ขั้นที่ 4 ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม (group works) ขั้นที่ 5 สื่อสารทางออก (communication) ขั้นที่ 6 ถอดรหัสปรับใช้ (debriefing) โดยรายละเอียดของการจัดกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้ง สรุปได้ (รายละเอียด ตามภาคผนวก ข) ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1	กิจกรรมที่ 1 ร่วมมือร่วมใจ (100 นาที)
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน -มีความตั้งใจในการเข้าร่วมกลุ่มจนครบ 8 ครั้ง
กิจกรรม	<ol style="list-style-type: none"> 1. อุ่นเครื่อง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มทำกิจกรรม ใครชื่ออะไร และ กิจกรรมปลา เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้รู้จักกัน 2. แนะนำปัญหา/โจทย์ ผู้วิจัยถามคำถามแก่สมาชิก “สมาชิกรู้สึกอย่างไรเมื่อ ต้องมาดูแลผู้ป่วยจิตเภท” 3. ไตร่ตรองทางแก้เฉพาะตน ผู้วิจัยให้สมาชิกนึกถึงความรู้สึกของตนเอง และ ให้สมาชิกระบายสีลงบนกระดาษ 4. ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม สมาชิกแบ่งกลุ่มโดยสมาชิกแต่ละกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายในกลุ่ม

5. สื่อสารทางออก กลุ่มย่อยนำเสนอสิ่งที่ได้แลกเปลี่ยนระหว่างกันในกลุ่มโดยการระบายสีที่แสดงความรู้สึก และส่งตัวแทนออกมาอภิปราย
6. ถอดรหัสปรับใช้ ผู้วิจัยสรุปความรู้สึกทั้งหมด เข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น และกล่าวชื่นชมสมาชิกพร้อมทั้งกล่าวถึงผลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาวในด้านสุขภาพจิต สมาชิกดูวิดีโอ แนวโน้มปัญหาสุขภาพจิต ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกตระหนักถึงการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จากนั้นผู้วิจัยสอบถามสมาชิกถึงความต้องการเข้ากลุ่มว่ามีมากน้อยเพียงใดและมอบใบงานที่ 1 จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป และกล่าวปิดกลุ่ม

ใบงานที่ 1

การโทรติดตาม

พินฝ้าอุปสรรค
สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการทำการบ้าน ว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ รวมทั้งความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมกลุ่มครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2

วัตถุประสงค์

กิจกรรมที่ 2 พินฝ้าอุปสรรค (100 นาที)
เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถดังนี้
-ระบุปัญหาที่แท้จริงของตนเองได้
-วิเคราะห์แนวทางในการแก้ปัญหาของตนเอง

กิจกรรม

1. อุ่นเครื่อง ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในกลุ่ม จากนั้นแจ้งสมาชิกในกลุ่มให้รับทราบว่ากลุ่มนี้เป็นกลุ่มปิด สิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่มถือเป็นความลับภายในกลุ่มเท่านั้น สมาชิกบอกกติกา มารยาทในการเข้ากลุ่ม ทบทวนการบ้าน
2. แนะนำปัญหา/โจทย์ ผู้วิจัยให้สมาชิกดูภาพ และเลือกภาพจะมีสถานการณ์ตามภาพที่สมาชิกเลือก
3. ไตร่ตรองทางแก้เฉพาะตน สมาชิกเขียนวิธีการแก้ไขปัญหามาตามสถานการณ์ที่ตนเองได้เลือก รูปที่ 1 สถานการณ์ที่ 1 รูปที่ 2 สถานการณ์ที่ 2 จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องกระบวนการแก้ไขปัญหามาตามใบความรู้ที่ 1 กระบวนการแก้ไขปัญหา
4. ระดมสมองทางออกโดยแบ่งกลุ่ม ตามรูปที่สมาชิกเลือก สมาชิกนำคำตอบที่ได้มารวมกัน แล้วช่วยกันหาวิธีการแก้ไขปัญหามาตามสถานการณ์นั้น
5. สื่อสารทางออก สมาชิกกลุ่มนำเสนอ และร่วมกันอภิปราย
6. ถอดรหัสปรับใช้ สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกันและการนำสิ่งที่ได้จากการเข้ากลุ่มครั้งนี้ไปปฏิบัติ พร้อมทั้งให้สมาชิกสอบถามข้อสงสัย ผู้วิจัยนัดหมายให้สมาชิกเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งต่อไปในเรื่องรู้จักตน พัฒนาตน พร้อมให้ใบงานที่ 2

- ใบงานที่ 2** รู้จักตน พัฒนาการ
- การโทรทัศน์ตาม** สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ และการทำการบินว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ รวมทั้งความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมกลุ่มครั้งต่อไป
- สัปดาห์ที่ 3** กิจกรรมที่ 3 รู้จักตน พัฒนาการ (100 นาที)
- วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถดังนี้
- อธิบายบุคลิกลักษณะ อุปนิสัย ข้อดี และข้อด้อยของตนเองได้
 - วิเคราะห์แนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อพัฒนาตนเอง
- กิจกรรม**
1. อุ้มนเครื่อง สมาชิกเล่าถึงการเข้ากลุ่มครั้งที่แล้ว ทบทวนการบิน จากนั้นวาดภาพตนเองพร้อมระบายสี
 2. แนะนำปัญหา/โจทย์ สมาชิกแต่ละคนส่งกระดาษ และถามสมาชิก “สมาชิกเห็นอะไรในกระดาษ แล้วอยากเปลี่ยนอะไรในตัวเองอย่างไรบ้าง”
 3. ไตร่ตรองทางแก้ไขเฉพาะตน สมาชิกเขียนทบทวนตัวเอง จากใบงานที่ 2 ที่ได้ แจกให้เป็นการบ้านซึ่งประกอบไปด้วย บุคลิกลักษณะ อุปนิสัย ข้อดี ข้อด้อย และวิธีการปรับปรุงตนเอง
 4. ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม สมาชิกนำใบงานที่ตัวเองเขียนมารวมกันระดมความคิดเกี่ยวกับวิธีการปรับปรุงตัวเองในแต่ละหัวข้อ
 5. สื่อสารทางออก นำเสนอและร่วมกันอภิปราย
 6. ถอดรหัสปรับใช้ ผู้วิจัยบรรยายตามใบความรู้ที่ 2 การรู้จักตนเอง สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน สมาชิกทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองบอกถึงสิ่งที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มครั้งนี้ และนำสิ่งที่ได้จากการเข้ากลุ่มครั้งนี้ไปปฏิบัติ ผู้วิจัยนัดหมายให้สมาชิกเข้ากลุ่มครั้งต่อไป พร้อมให้ใบงานที่ 3 และกล่าวปิดกลุ่ม
- ใบงานที่ 3** การรู้จักตนเอง
- การโทรทัศน์ตาม** สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ และการทำการบิน ว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ รวมทั้งความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมกลุ่มครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4	กิจกรรมที่ 4 สื่อสารอย่างไรให้คนรัก (100 นาที)
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -วิเคราะห์อุปสรรคและแก้ปัญหาในการสื่อสารได้ -สาธิตบทบาทของผู้รับสารและส่งสารได้อย่างเหมาะสม
กิจกรรม	<ol style="list-style-type: none"> 1. อุ้นเครื่อง สมาชิกเล่าถึงการเข้ากลุ่มครั้งที่แล้ว ทบทวนการบ้าน ทำกิจกรรม “กระซิบส่งสาร” 2. แนะนำปัญหา/โจทย์ สมาชิกจับฉลากสถานการณ์ บอกปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสารในสถานการณ์ที่ได้ 3. ไตร่ตรองทางแก้ไขเฉพาะตน สมาชิกแต่ละคนเขียนคำตอบของตนเองบนกระดาษ A4 ผู้วิจัยให้ความรู้ตามใบความรู้ที่ 3 การสื่อสาร 4. ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม แบ่งกลุ่มย่อย ตามสถานการณ์ที่กำหนดโดยให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการสื่อสารภายในครอบครัวตามหัวข้อที่กำหนด 5. สื่อสารทางออก แต่ละกลุ่มแสดงบทบาทสมมติ พร้อมอภิปรายร่วมกัน 6. ถอดรหัสปรับใช้ สมาชิกสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน และการนำสิ่งที่ได้จากการเข้ากลุ่มครั้งนี้ไปปฏิบัติ พร้อมทั้งให้สมาชิกสอบถามข้อสงสัย ผู้วิจัยนัดหมายให้สมาชิกเข้ากลุ่มครั้งต่อไป พร้อมให้ใบงานที่ 4 และกล่าวปิดกลุ่ม
ใบงานที่ 4	สื่อสารอย่างไรให้คนรัก
การโทรติดตาม	<p>สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ และการทำการบ้าน ว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ รวมทั้งความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมกลุ่มครั้งต่อไป</p>
สัปดาห์ที่ 5	กิจกรรมที่ 5 กายเข้มแข็ง ใจเบิกบาน (100 นาที)
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -บอกความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจได้ -เลือกวิธีการสร้างสมดุลของร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง -ฝึกหัดการทำสมาธิด้วยตนเอง
กิจกรรม	<ol style="list-style-type: none"> 1. อุ้นเครื่อง สมาชิกเล่าถึงการเข้ากลุ่มครั้งที่แล้ว ทบทวนการบ้าน ทำกิจกรรมประกอบเพลง “ดอกไม้บาน”

2. แนะนำปัญหา/โจทย์ สมาชิกดูวิดีโอ และผู้วิจัยสอบถามถึงความสัมพันธ์ของร่างกายละจิตใจ
3. ไตร่ตรองทางแก้เฉพาะตน สมาชิกคิดคำตอบในใจ จากนั้นให้บอกที่ละคน
4. ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม แบ่งกลุ่ม นำคำตอบที่ได้แต่ละคนไประดมความคิดจนได้เป็นคำตอบของกลุ่ม
5. สื่อสารทางออก กลุ่มบอกความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ และสาธิตวิธีการการดูแลร่างกายและจิตใจที่คิดว่าปฏิบัติได้ สมาชิกกลุ่มใหญ่ร่วมกันอภิปรายและแสดงความคิดเห็น
6. ถอดรหัสปรับใช้ ผู้วิจัยบรรยายตามใบความรู้ที่ 4 เทคนิคการดูแลสุขภาพจิตตนเอง ผู้วิจัยเปิดวิดีโอ จากนั้นสมาชิกสรุปสิ่งที่ได้ และการนำสิ่งที่ได้จากการเข้ากลุ่มครั้งนี้ไปปฏิบัติ พร้อมทั้งให้สมาชิกสอบถามข้อสงสัย สมาชิกฝึกจิตโดยการทำสมาธิตามคู่มือคลายเครียดของกรมสุขภาพจิต และแจกคู่มือคลายเครียดของกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยนัดหมายให้สมาชิกเข้ากลุ่มครั้งต่อไป พร้อมทั้ง

ใบงานที่ 5

การโทรติดตาม

ใบงานที่ 5 และกล่าวปิดกลุ่ม
 ภายเข้มแข็ง ใจเบิกบาน
 สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ และการทำการบ้าน ว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ รวมทั้งความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมกลุ่มครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 6

วัตถุประสงค์

กิจกรรมที่ 6 นาฬิกาชีวิต (100 นาที)
 เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถดังนี้
 -บอกความสำคัญของการบริหารเวลา
 -เขียนแผนการบริหารเวลาได้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

กิจกรรม

1. อุ้มนเครื่อง สมาชิกเล่าถึงการเข้ากลุ่มครั้งที่แล้ว ทบทวนการบ้าน ทำกิจกรรม “ผูกเชือกสัมพันธ์”
2. แนะนำปัญหา/โจทย์ กระดาษอ่านบทกลอนเกี่ยวกับเวลา ผู้วิจัยบอกสมาชิกเกี่ยวกับความสำคัญของเวลา
3. ไตร่ตรองทางแก้เฉพาะตน สมาชิกเขียนตารางเวลากิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน ผู้วิจัยให้ข้อมูลตามใบความรู้ 6 การบริหารเวลา
4. ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม แบ่งกลุ่ม ระดมสมองเกี่ยวกับการบริหารเวลา
5. สื่อสารทางออก นำเสนอ และร่วมกันอภิปรายในกลุ่มใหญ่

	6. ถอดรหัสปรับใช้ สรุปลงสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน สมาชิกช่วยกันสรุปลงสิ่งที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มทำกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยนัดหมายให้สมาชิกเข้ากลุ่มครั้งต่อไป พร้อมให้ใบงานที่ 6 และ ใบงานที่ 7 และกล่าวปิดกลุ่ม
ใบงานที่ 6	นาฬิกาชีวิต
ใบงานที่ 7	ชุมชนพึงใจ
การโทรติดตาม	สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปรับพฤติกรรม และการทำกรบ้านว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ รวมทั้งความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมกลุ่มครั้งต่อไป
สัปดาห์ที่ 7	กิจกรรมที่ 7 ชุมชนพึงใจ (100 นาที)
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถดังนี้ -เลือกใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถขอความช่วยเหลือตรงตามปัญหาที่เกิดขึ้นของตนเอง -ยกตัวอย่างแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถขอความช่วยเหลือตรงตามปัญหาที่เกิดขึ้นของสมาชิกในกลุ่ม
กิจกรรม	<ol style="list-style-type: none"> 1. อุ้่นเครื่อง สมาชิกเล่าถึงการเข้ากลุ่มครั้งที่แล้ว ทบทวนกรบ้าน 2. แนะนำปัญหา/โจทย์ ผู้วิจัยกล่าวว่า “จากการบ้าน สมาชิกคิดว่ามีหน่วยงานหรือแหล่งสนับสนุนใดบ้างที่สามารถช่วยเหลือครอบครัวนี้ได้” 3. ไตร่ตรองทางแก้เฉพาะตน สมาชิกเขียนบอกแหล่งสนับสนุนทางสังคมของตนเองลงบนกระดาษ ผู้วิจัยสรุปและให้ความรู้ตามใบความรู้ที่ 6 แหล่งสนับสนุนทางสังคม 4. ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม แบ่งกลุ่ม ผู้วิจัยแจกสถานการณ์ สมาชิกช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์ 5. สื่อสารทางออก นำคำตอบที่ได้จากกลุ่มมาอภิปราย พร้อมทั้งให้สมาชิกกลุ่มใหญ่แลกเปลี่ยนในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม 6. ถอดรหัสปรับใช้ สรุปลงสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน สมาชิกอธิบายสิ่งที่ได้รับจากกลุ่มพร้อมกับการนำไปใช้ ผู้วิจัยสอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม ผู้นำกลุ่มนัดหมายให้สมาชิกเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งต่อไป พร้อมให้ใบงานที่ 7 และปิดกลุ่ม
ใบงานที่ 7	ทบทวนสิ่งที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม 7 ครั้ง

การโทรติดตาม สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ และการทำการบ้าน ว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ รวมทั้งความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมกลุ่มครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมที่ 8 ดอกไม้ให้คุณ (100 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถดังนี้

- สะท้อนการเรียนรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
- เกิดพันธะสัญญาร่วมกันในดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตต่อเนื่อง

กิจกรรม

1. อุ่นเครื่อง สมาชิกเล่าถึงการเข้ากลุ่มครั้งที่แล้ว ทบทวนการบ้าน และสิ่งที่สมาชิกได้รับจากการเข้ากลุ่มทั้งหมด ทำกิจกรรมการปรบมือ
2. แนะนำปัญหา/โจทย์ สมาชิกในกลุ่มช่วยกันบอกเล่าถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในการเข้ากลุ่มในแต่ละครั้ง
3. ไตร่ตรองทางแก้ไขเฉพาะ สมาชิกทบทวนสิ่งที่ได้จากการเข้ากลุ่มทั้งหมด 7 ครั้ง ว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรกับตัวเองบ้าง
4. ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม แบ่งกลุ่ม นำสิ่งที่ได้จากการเขียนของแต่ละคน มารวบรวม มาระดมสมองเกี่ยวกับกิจกรรมทั้งหมด และผลที่ได้จากการนำไปปฏิบัติ
5. สื่อสารทางออก สมาชิกส่งตัวแทนกลุ่มออกมานำเสนอ สมาชิกกลุ่มใหญ่ช่วยกันเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์
6. ถอดรหัสปรับใช้ สมาชิกช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกันทั้งหมด ผู้วิจัยทบทวนและสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองทั้งหมด ผู้วิจัยขอพันธะสัญญากับสมาชิกเรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จากนั้นให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมกลุ่มและยุติการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง

รายละเอียดของการโทรติดตามสมาชิกหลังเข้ากลุ่ม

แบบติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์

รหัสผู้ดูแลหลัก.....

ครั้งที่	วัน/เดือน/ปี	กิจกรรม		ปัญหาและอุปสรรคใน การปฏิบัติ	การนัดหมายครั้งต่อไป ในการเข้ากลุ่ม
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ		
1				1. 2. 3. วิธีการแก้ไข 1. 2. 3.	<input type="checkbox"/> เข้าร่วมได้ <input type="checkbox"/> เข้าร่วมไม่ได้ เลื่อนเป็นวันที่.....

หมายเหตุ แบบฟอร์มของการติดตามครั้งที่ 1-8

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

3.4.1.1 โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความสอดคล้องเหมาะสมของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลผู้ปฏิบัติการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advanced practice nursing: APN) และผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ โดยพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ กิจกรรมพิจารณาสำนวนภาษา และระยะเวลา นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงเครื่องมือ จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ปรับแก้แล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน กลับกลุ่มผู้ดูแลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 1 กลุ่ม โดยมีสมาชิกจำนวน 7 คน และดำเนินกิจกรรมครบ 8 ครั้ง หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมพบว่าผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจดีแต่ผู้วิจัยต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้นและยกตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ดูแลหลักเข้าใจง่ายขึ้น ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการ

ทดลองใช้ มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อให้แผนการดำเนินกิจกรรม สมบูรณ์ที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

3.4.2 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตไปใช้ทดลองกับผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับ การรับยาหรือรับยาแทน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์จำนวน 30 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับที่ระดับ .94 (Burns & Grove, 1997)

3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ ได้ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.5.1 ชั้นเตรียมการ

3.5.1.1 เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผ่านการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบในการ ดำเนินการวิจัย

3.5.1.2 การแนะนำตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัว จากคณบดีคณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์พร้อมโครงร่างและเครื่องมือวิจัย นำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิต เวชนครพนมราชนครินทร์ และเสนอขอคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราช นครินทร์ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัย

3.5.1.3 การประสานงาน ภายหลังจากได้รับการอนุมัติให้ทำการศึกษาริวิจัยแล้ว ผู้วิจัย พบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการ ทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3.5.1.4 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก พบกกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือในการ ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เพื่อพิจารณาคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ ครบถ้วน ผู้วิจัยให้ข้อมูลสำหรับการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแล้วลงชื่อในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (inform consent form) ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และสุ่มโดยวิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

3.5.1.5 การจัดเตรียมสถานที่ ผู้วิจัยจัดสถานที่ให้เหมาะกับสมาชิก จำนวน 10 คน ไม่มีคนเดินพลุกพล่าน ไม่ร้อนอบอ้าว อากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างเพียงพอ เก้าอี้นั่งสบาย จัดเก้าอี้ให้สมาชิกหันหน้าเข้าหากันเป็นวงกลม อันเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการเข้ากลุ่มและสะดวกต่อผู้วิจัยในการสังเกตพฤติกรรม

3.5.2 ขั้นตอนการทดลอง

3.5.2.1 กลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้

(1) **การแนะนำโครงการ** ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ และขอความร่วมมือในการทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (pre test) หลังจากนั้นผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จนมารับบริการครั้งถัดไปตามการนัดหมายของผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (post test)

(2) **ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล** ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เบื้องต้นพบว่า โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีประสิทธิผล จึงแจ้งให้กลุ่มควบคุมที่มีความสนใจเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สามารถเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมได้ ภายหลังสิ้นสุดการศึกษาวิจัยแล้ว โดยผู้วิจัยมอบคู่มือคลายเครียดให้แก่กลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดโครงการ

3.5.2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง โดยนำกลุ่มทดลองไปยังตึกฟื้นฟูโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ ซึ่งจัดเตรียมไว้เฉพาะการวิจัยในครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (pre test) และเข้ากลุ่มครั้งแรก จากนั้นแจ้งกำหนดการนัดหมายเพื่อเข้าร่วมกลุ่มครั้งต่อไปโดยเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 100 นาที ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ ภายหลังจากการสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์จะมอบหมายการบ้าน และมีการโทรติดตาม หลังการเข้ากลุ่มในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (post test)

3.5.3 ขั้นสิ้นสุดการทดลอง

3.5.3.1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัด ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัดทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3.5.3.2 การวิเคราะห์ผลการทดลอง ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลการทดลองจากคะแนนที่ได้จากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (SPSS 17)

3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA No. 115/2559 และผ่านการอนุมัติจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ เลขที่ NPRPHEC 2559-001 โดยให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้

3.6.1 การชี้แจงรายละเอียดโครงการ ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ตาม แบบฟอร์มข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (ตามภาคผนวก ข) และเมื่ออาสาสมัคร ทำความเข้าใจเรียบร้อย และ มีความยินดี เข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้เซ็นชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (inform consent form) สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งการได้รับค่าชดเชยการเสียเวลามาร่วมโครงการ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 100 นาที ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ มีการบ้าน ให้กลับไปทำที่บ้าน โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำการบ้านวันละ 15 นาที และโทรติดตาม (กลุ่มทดลอง) ซึ่งไม่ตรงกับวันที่แพทย์นัดมาตรวจตามปกติ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาพยาบาล หรือการบริการที่ได้รับ

3.6.2 การเก็บรักษาความลับของข้อมูล ผลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นภาพรวม โดยไม่มีข้อมูลเฉพาะบุคคลที่ทำให้สามารถสืบหาข้อมูลได้ ผลจากการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษา โดยจะไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.7.1 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher Exact Test)

3.7.2 การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ t-test โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงโค้งปกติ ($p > .05$)

3.7.3 การทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ด้วยสถิติ ที ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)

3.7.4 การทดสอบผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองด้วยสถิติ ที ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

3.7.5 การกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จำนวน 60 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งถูกจับคู่ (matched-pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องเพศและความเพียงพอของรายได้ แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยมีการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลังผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังทดลอง (the pretest-posttest control group design)

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1

ข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตาม เพศ และความเพียงพอของรายได้

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.00 ^a	1.00
ชาย	7	23.30	7	23.30		
หญิง	23	76.70	23	76.70		
ความเพียงพอของรายได้					.00 ^a	1.00
เพียงพอ	14	46.70	14	46.70		
ไม่เพียงพอ	16	53.30	16	53.30		

^a Chi-square test

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงเท่ากัน เนื่องจากเป็นตัวแปรควบคุม โดยคิดเป็น ร้อยละ 76.70 ที่เหลือเป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 23.30 ในด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายเท่ากัน เนื่องจากเป็นตัวแปรควบคุม คิดเป็นร้อยละ 53.30 และมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็น ร้อยละ 46.70 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติใช้ไคสแควร์ (Chi-square) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 4.2

ข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพสมรส						
โสด	1	3.30	3	10.00	1.05 ^b	.70
คู่	21	70.00	20	66.70		
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	8	26.70	7	23.30		
ระดับการศึกษา						
ระดับประถมศึกษา	23	76.70	21	70.00	1.48 ^b	.90
ระดับมัธยมศึกษา	6	20.00	6	20.00		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ หรืออนุปริญญา	0	0.00	1	3.30		
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	1	3.30	2	6.70		
อาชีพ						
รับราชการหรือ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	3.30	1	3.30	1.71 ^b	.75
รับจ้าง	8	26.70	5	16.70		
ค้าขายหรือประกอบ ธุรกิจส่วนตัว	2	6.70	1	3.30		
เกษตรกรกรรม	19	63.30	23	76.70		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
บิดา/มารดา	13	43.30	15	50.00	2.81 ^b	.62
พี่/น้อง	6	20.00	7	23.30		
สามี/ภรรยา	6	20.00	3	10.00		
บุตร	1	3.30	3	10.00		
อื่นๆ (ป้า อา)	4	13.30	2	6.70		

^b= Fisher Exact Test

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 70 และ 66.70 ตามลำดับ รองลงมาคือหม้าย/หย่าแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 26.70 และ 23.30 ตามลำดับ และสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 3.30 และ 10 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษาพบว่าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา เป็นจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.70 และ 70 ตามลำดับ รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20 เท่ากัน กลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ หรืออนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 3.30 และยังพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.30 และ 6.70 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 63.30 และ 76.70 ตามลำดับ รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.70 และ 16.70 ตามลำดับ กลุ่มทดลองประกอบอาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัว มีจำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 6.70 และ 3.30 ตามลำดับ และยังพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าในกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา/มารดา น้อยกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 43.30 และ 50 ตามลำดับ รองลงมา ในกลุ่มทดลอง มีความสัมพันธ์กับ พี่/น้อง และสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 20 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุม มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยรองลงมาคือ พี่/น้อง คิดเป็นร้อยละ 23.30 ในกลุ่มทดลอง มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 20 และในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 10 และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 3.30 และในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 10 และกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นป้า อา คิดเป็นร้อยละ 13.30 และในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 6.70 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher Exact Test) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 4.3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	(n=30)		(n=30)				
	M	SD	M	SD			
อายุ	51.13	12.00	52.63	12.32	58	.74	.63
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	4,443.33	1,841.91	5,280.00	2,814.79	58	1.37	.78
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	10.60	6.17	10.90	6.31	58	.75	.85

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามอายุ โดยกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 51.3 ปี ขณะที่กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 52.63 ปี เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลจำแนกตามอายุ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่ากลุ่มทดลอง มีเฉลี่ยต่อเดือน 4,443.33 บาท ขณะที่กลุ่มควบคุม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,280.00 บาท เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูล จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10.60 ปี ส่วนในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10.90 ปี เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูล จำแนกรายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 4.4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่ม
ช่วยเหลือตนเองของกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยรวมและรายด้าน	ก่อนการทดลอง (n=30)		หลังการทดลอง (n=30)		df	t
	M	SD	M	SD		
	พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้าน					
การพัฒนาการรู้จักตนเอง	31.33	3.26	31.20	2.84	29	.37 ^{ns}
การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	18.90	2.09	18.53	2.11	29	1.00 ^{ns}
การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	15.53	1.59	15.50	1.94	29	.16 ^{ns}
การเผชิญปัญหา	27.96	2.72	27.83	2.76	29	.50 ^{ns}
การพัฒนาและดำรงรักษาระบบ สนับสนุนทางสังคม	14.17	1.96	14.33	1.82	29	.84 ^{ns}
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	30.30	2.58	30.70	3.01	29	.82 ^{ns}
การดูแลตนเองโดยทั่วไป	26.56	2.54	26.76	2.41	29	.72 ^{ns}
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยรวม	163.56	11.93	165.03	10.10	29	1.53 ^{ns}

^{ns} p > .05

จากตารางที่ 4.4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ($M=165.03, SD=11.10$) และก่อนการทดลอง ($M=163.56, SD=11.93$) พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) และเมื่อทดสอบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง หลังการทดลอง ($M= 31.20, SD =2.84$) และก่อนการทดลอง ($M= 31.33, SD =3.26$) ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หลังการทดลอง ($M= 18.53, SD =2.11$) และก่อนการทดลอง ($M= 18.90, SD =2.09$) ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ หลังการทดลอง ($M= 15.50, SD =1.94$) และก่อนการทดลอง ($M= 15.53, SD =1.59$) ด้านการเผชิญปัญหา หลังการทดลอง ($M= 27.83, SD =2.76$) และก่อนการทดลอง ($M= 27.96, SD =2.72$) ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทาง หลังการทดลอง ($M= 14.33, SD =1.82$) และก่อนการทดลอง ($M= 14.17, SD =1.96$) ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หลังการทดลอง ($M= 30.70, SD =3.01$) และก่อนการทดลอง ($M= 30.30, SD =2.58$) ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป หลังการทดลอง ($M= 26.76, SD =2.41$) และก่อนการทดลอง ($M= 26.56, SD =2.54$)

ตารางที่ 4.5

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยรวมและรายด้าน	ก่อนการทดลอง (n=30)		หลังการทดลอง (n=30)		df	t
	M	SD	M	SD		
	พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้าน					
การพัฒนาการรู้จักตนเอง	31.36	4.48	46.86	.97	29	18.25***
การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	18.83	2.67	26.40	1.00	29	14.48***
การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	16.26	1.52	22.56	.93	29	21.85***
การเผชิญปัญหา	27.36	3.84	42.73	.86	29	21.68***
การพัฒนาและดำรงรักษาระบบ สนับสนุนทางสังคม	13.70	1.48	19.60	.72	29	19.61***
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	29.46	3.41	38.96	1.15	29	15.62***
การดูแลตนเองโดยทั่วไป	25.26	3.56	34.90	.75	29	16.60***
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยรวม	161.40	11.96	232.03	2.10	29	32.30***

*** p <.001

จากตารางที่ 4.5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ($M = 232.03$, $SD = 2.10$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 161.40$, $SD = 11.96$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($t = 32.30$) และเมื่อทดสอบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทุกด้าน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง หลังการทดลอง ($M = 46.86$, $SD = .97$) และก่อนการทดลอง ($M = 31.36$, $SD = 4.48$) ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หลังการทดลอง ($M = 26.40$, $SD = 1.00$) และก่อนการทดลอง ($M = 18.83$, $SD = 2.67$) ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ หลังการทดลอง ($M = 22.56$, $SD = .93$) และก่อนการทดลอง ($M = 16.26$, $SD = 1.52$) ด้านการเผชิญปัญหา หลังการทดลอง ($M = 42.73$, $SD = .86$) และก่อนการทดลอง ($M = 27.36$, $SD = 3.84$) ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม หลังการทดลอง ($M = 19.60$, $SD = .72$) และก่อนการทดลอง ($M = 13.70$, $SD = 1.48$) ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หลังการทดลอง ($M = 38.96$, $SD = 1.15$) และก่อนการทดลอง ($M = 29.46$, $SD = 3.41$) ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป หลังการทดลอง ($M = 34.90$, $SD = .75$) และก่อนการทดลอง ($M = 25.26$, $SD = 3.56$)

ตารางที่ 4.6

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยรวมและรายด้าน	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		df	t
	M	SD	M	SD		
	พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้าน					
การพัฒนาการรู้จักตนเอง	31.36	4.48	31.33	3.26	58	.03 ^{ns}
การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	18.83	2.67	18.90	2.09	58	.10 ^{ns}
การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	16.26	1.52	15.53	1.94	58	1.69 ^{ns}
การเผชิญปัญหา	27.36	3.84	27.96	2.76	58	.53 ^{ns}
การพัฒนาและดำรงรักษาระบบ สนับสนุนทางสังคม	13.70	1.47	14.17	1.96	58	1.03 ^{ns}
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	29.46	3.41	30.30	2.58	58	1.06 ^{ns}
การดูแลตนเองโดยทั่วไป	25.26	3.56	26.56	2.54	58	1.62 ^{ns}
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยรวม	161.40	11.96	163.56	11.93	58	.70^{ns}

^{ns} p > .05

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มทดลอง ($M=161.40$, $SD=11.96$) และกลุ่มควบคุม ($M=163.56$, $SD=11.93$) ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสุขภาพจิตในรายด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทุกรายด้าน ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม เป็นรายองค์ประกอบย่อย ดังนี้ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ของกลุ่มทดลอง ($M=31.36$, $SD=4.48$) และกลุ่มควบคุม ($M=31.33$, $SD=3.26$) ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มทดลอง ($M=18.83$, $SD=2.67$) และกลุ่มควบคุม ($M=18.90$, $SD=2.09$) ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ของกลุ่มทดลอง ($M=16.26$, $SD=1.52$) และกลุ่มควบคุม ($M=15.50$, $SD=1.94$) ด้านการเผชิญปัญหา ของกลุ่มทดลอง ($M=27.36$, $SD=3.84$) และกลุ่มควบคุม ($M=27.96$, $SD=2.76$) การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มทดลอง ($M=13.70$, $SD=1.47$) และกลุ่มควบคุม ($M=14.16$, $SD=1.96$) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ของกลุ่มทดลอง ($M=29.46$, $SD=3.41$) และกลุ่มควบคุม ($M=30.30$, $SD=2.58$) การดูแลตนเองโดยทั่วไป ของกลุ่มทดลอง ($M=25.26$, $SD=3.56$) และกลุ่มควบคุม ($M=26.56$, $SD=2.54$)

ตารางที่ 4.7

เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยรวมและรายด้าน	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		df	t
	\bar{D}_1	SD	\bar{D}_2	SD		
	พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้าน					
การพัฒนาการรู้จักตนเอง	15.50	4.65	-0.13	1.92	58	17.00***
การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	7.57	2.86	-0.37	2.00	58	12.43***
การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	6.30	1.57	-0.03	1.09	58	17.84***
การเผชิญปัญหา	15.36	3.88	-0.13	1.45	58	20.12***
การพัฒนาและดำรงรักษาระบบ สนับสนุนทางสังคม	5.90	1.64	0.16	1.08	58	15.91***
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	9.50	3.32	0.40	2.66	58	11.69***
การดูแลตนเองโดยทั่วไป	9.64	3.17	0.20	1.51	58	14.66***
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน สุขภาพจิตโดยรวม	70.63	11.97	1.47	5.17	58	29.03***

p <.001

จากตารางที่ 4.7 พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังทดลองโดยรวม ($\bar{D}_1 = 70.63$, $SD = 11.97$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2 = 1.47$, $SD = 5.17$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($t = 29.03$) และภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีผลต่างค่าของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังทดลองรายด้านมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 โดยพบว่า ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 15.50$, $SD = 4.65$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = -0.13$, $SD = 1.92$) ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 7.57$, $SD = 2.86$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = -0.37$, $SD = 2.00$) ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 6.30$, $SD = 1.57$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = -0.03$, $SD = 1.09$) ด้านการเผชิญปัญหา ของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 15.36$, $SD = 3.88$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = -0.13$, $SD = 1.45$) ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 5.90$, $SD = 1.64$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 0.16$, $SD = 1.08$) ด้านการปฏิบัติ

กิจกรรมทางศาสนา ของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 9.50, SD=3.32$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 0.40, SD= 2.66$) ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป ของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 9.64, SD=3.17$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 0.20, SD= 1.51$)

4.2 อภิปรายผลการวิจัย

4.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง เท่ากัน เนื่องจากเป็นตัวแทนควบคุม โดยคิดเป็น ร้อยละ 76.70 ที่เหลือเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 23.30 ในด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายเท่ากัน เนื่องจากเป็นตัวแทนควบคุม คิดเป็นร้อยละ 53.30 และมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 46.70 ตามตารางที่ 4.1

ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 70 และ 66.70 ตามลำดับ รองลงมาคือหม้าย/หย่าแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 26.70 และ 23.30 ตามลำดับ และสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 3.30 และ 10 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษาพบว่าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา เป็นจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.70 และ 70 ตามลำดับ รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20 เท่ากัน กลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ หรืออนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 3.30 และยังพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.30 และ 6.70 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 63.30 และ 76.70 ตามลำดับ รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.70 และ 16.70 ตามลำดับ กลุ่มทดลองประกอบอาชีพค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัว มีจำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 6.70 และ 3.30 ตามลำดับ และยังพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า ในกลุ่มทดลอง มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา/มารดา น้อยกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 43.30 และ 50 ตามลำดับ รองลงมา ในกลุ่มทดลอง มีความสัมพันธ์กับ พี่/น้อง และสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 20 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุม มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยรองลงมาคือ พี่/น้อง คิดเป็นร้อยละ 23.30 ในกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 20 และในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 10 และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 3.30 และในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 10 และกลุ่มทดลองมี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นป่า อา คิดเป็นร้อยละ 13.30 และในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 6.70 ตามตารางที่ 4.2 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher Exact Test) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 51.3 ปี ขณะที่กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 52.63 ปี เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลจำแนกตามอายุ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่ากลุ่มทดลอง มีเฉลี่ยต่อเดือน 4,443.33 บาท ขณะที่กลุ่มควบคุม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,613.33 บาท เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูล จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10.60 ปี ส่วนในกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10.90 ปี ตารางที่ 4.3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูล จำแนกรายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ตาม

จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจึงสรุปได้ว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณสมบัติทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน

4.2.2 การทดสอบสมมติฐานพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ กล่าวคือ

4.2.2.1 การทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 จากตารางที่ 4.5 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 32.30$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ดังจะได้อภิปรายผลดังนี้

กิจกรรมต่างๆในโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามแนวคิดของ วอลซ์ และ บลูเออร์ (Walz & Bleuer, 1992) ซึ่งเป็นกลุ่มที่รวมตัวขึ้นด้วยความยินยอมและสมัครใจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสนับสนุน ซึ่งกันและกัน การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองได้รับการให้ความช่วยเหลือใน 4 ลักษณะ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (share emotional and social support) การ

ให้ข่าวสารระหว่างสมาชิก (information) การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้และการพัฒนาทักษะ (education and skill development) และการให้ความช่วยเหลือ (advocacy) เพื่อหาแนวทางการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของสมาชิก ทั้งนี้ ผู้วิจัยนำแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential activities planner : EAP) มาเป็นตัวดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 อุ่นเครื่อง (warm up) ขั้นที่ 2 แนะนำปัญหา/โจทย์ (problem identification) ขั้นที่ 3 ไตร่ตรองทางแก่เฉพาะตน (individual exploration) ขั้นที่ 4 ระดมสมองทางออกโดยกลุ่ม (group works) ขั้นที่ 5 สื่อสารทางออก (communication) ขั้นที่ 6 ถอดรหัสปรับใช้ (debriefing) เพื่อส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เร้าความใฝ่รู้ เพิ่มความสนุกสนาน และเชื่อมโยงระหว่างสาระการเรียนรู้กับชีวิตประจำวันได้ (สันติ จิตระจินดา และ สมศักดิ์ กัณหา, 2548) ดังนั้น การดำเนินการตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในแต่ละกิจกรรม ส่งผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้าน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “ร่วมมือร่วมใจ” เป็นการเริ่มต้นกิจกรรมและการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัย ซึ่งเป็นการดำเนินการที่จะช่วยให้ผู้สมาชิกในกลุ่มเกิดความไว้วางใจกล้าเปิดเผยความรู้สึกของตนเอง ตรวจสอบความรู้สึกของตนเอง และเล่าความรู้สึกที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้แก่สมาชิกในกลุ่มได้รับฟัง ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (Walz & Bleuer, 1992) เกิดการประคับประคองด้านจิตใจ ความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกันทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าตัวเองโดดเดี่ยว สมาชิกไม่มีความรู้สึกแปลกแยกจากคนอื่น มีพลังที่จะดูแลตนเอง เป็นการสร้างแรงจูงใจ และทำให้สมาชิกเห็นถึงประโยชน์ของการเข้ากลุ่ม ซึ่งการยอมรับและเห็นคุณค่าที่เกิดขึ้นจากการเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีความเข้มแข็งมีพลังที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น อีกทั้งยังช่วยลดผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ (นฤมล เตี้ยบำรุงญาติ, 2552) เพื่อเกิดการเชื่อมโยงและการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่กิจกรรมครั้งต่อไป มีการบ้านให้ผู้ดูแลกลับไปทำที่บ้าน พร้อมทั้งโทรติดตาม

กิจกรรมที่ 2 “ฝันฝ่าอุปสรรค” เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา การดำเนินการในครั้งนี้ ช่วยให้สมาชิกได้สำรวจปัญหาของตนเอง โดยทบทวนการบ้านที่ให้กลับไปทำที่บ้าน สมาชิกเข้าใจถึงปัญหาของตนเองมากยิ่งขึ้น สมาชิกแต่ละคนได้บอกถึงปัญหาของตนเอง การระบายความรู้สึก มีความเป็นพวกเดียวกันทำให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า ให้กำลังใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ภายในกลุ่ม ยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหา ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ประมวลผล และสร้างความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์ที่กำหนด เกิดเป็นข้อสรุปของกลุ่มเพื่อใช้เป็นทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความสนใจ เจตนาคติ และความเชื่อขณะเข้ากลุ่ม ซึ่งพบว่า สมาชิกในกลุ่มที่เคยเจอปัญหาเดียวกันกับสถานการณ์ที่กำหนดช่วยแนะนำและแสดงความคิดเห็น ทำให้เกิดการให้ข่าวสาร และการให้ความช่วยเหลือ (Walz & Bleuer, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับ ศึกษาของ นันทา เกียรติกังวาฬไกล (2550) พบว่าการเข้ากิจกรรมกลุ่ม

ช่วยเหลือตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญแก้ไขปัญหได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้เป็นแหล่งระบายความคับข้องใจ เป็นกลุ่มที่สมาชิกมีโอกาสได้พูดถึงปัญหาของตนเองอย่างเปิดเผย โดยที่สมาชิกกลุ่มเป็นบุคคลที่มีปัญหาหรือ ประสบการณ์คล้ายๆกันและกลุ่มช่วยให้สมาชิกเข้าใจปัญหา สมาชิกในกลุ่มร่วมกับทบทวนสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ร่วมกัน สมาชิกเกิดข้อสรุปหรือเรียนรู้สิ่งใหม่ ซึ่งพบว่า สมาชิกมีแนวทางของการแก้ไขปัญหา ตามกระบวนการและเลือกใช้วิธีการแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสม และมีโอกาสในการกระทำต่อเนื่อง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยผ่านกระบวนการกลุ่มที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความตัวของตัวเอง ความสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ส่งผลทำให้เกิดการส่งเสริมการปรับตัวและการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการแก้ไขปัญหาก็ถูกต้องช่วยทำให้ลดความเครียดและวิตกกังวลลงและช่วยเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (ลัดดา แสนสีทา, 2545) เพื่อความเข้าใจมากยิ่งขึ้นและเพื่อการเข้าสู่กิจกรรมครั้งต่อไป มีการบ้านให้กลับไปทำที่บ้าน พร้อมทั้งโทรติดตาม

กิจกรรมที่ 3 “รู้จักตน พัฒนาตน” เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาการรู้จักตนเอง ซึ่งกิจกรรมนี้ช่วยให้สมาชิกรู้จักตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยสมาชิกได้สำรวจตนเองผ่านการบ้าน เกี่ยวกับ บุคลิกลักษณะอุปนิสัย ข้อดี ข้อด้อยของตัวเอง และสิ่งที่ควรปรับปรุง ส่งเสริมให้สมาชิกมีแนวทาง ในการปรับปรุงตนเองตนเอง ซึ่งสมาชิกในกลุ่มที่มีประสบการณ์ช่วยกันแนะนำวิธีการปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น มีการให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ เกิดการยอมรับและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ประมวลผล และสร้างความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปรับปรุงตนเอง สมาชิกในกลุ่มช่วยกันเสนอแนะวิธีการได้อย่างเหมาะสม เกิดเป็นข้อสรุปของกลุ่ม ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความสนใจ เจตนาคิด และความเชื่อขณะเข้ากลุ่ม และมีความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อิชญา พงษ์อร่าม (2558) ได้ทำการศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อน หลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองผู้สูงอายุโรคเรื้อนกลุ่มทดลอง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทชภา นาคประเสริฐ, 2550) ซึ่งพบว่าการพัฒนาการรู้จักตนเองช่วยส่งเสริมให้พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ใช้แรงงานเพิ่มมากขึ้น สมาชิกสามารถรับรู้ตนเองในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองและสมาชิกภายในกลุ่มสมาชิกสามารถระบุข้อดี และส่งเสริมให้ดีขึ้น อีกทั้งยังยอมรับข้อด้อยเพื่อพัฒนาตนเอง และมีการบ้านให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติที่บ้าน พร้อมทั้งโทรติดตาม

กิจกรรมที่ 4 “สื่อสารอย่างไรให้คนรัก” เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ดูแลได้วิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคของการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นเรื่องใกล้ตัวและทุกครอบครัวต้องเผชิญ สมาชิกวิเคราะห์อุปสรรคและปัญหาสถานการณ์ที่กำหนดไว้ สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการสื่อสารว่าที่เคยเกิดเหตุการณ์

จริงในครอบครัวของตนเอง สะท้อนความรู้สึกที่เกิดขึ้น สมาชิกในกลุ่มให้กำลังใจ พร้อมทั้งช่วยกันหาวิธีการที่จะทำให้การสื่อสารในครอบครัวดีขึ้น สมาชิกได้ระบายความรู้สึกร่วมกันแสดงความคิดเห็น เกิดความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึก การแบ่งตัวแสดงตามบทบาท ที่กลุ่มเห็นว่าเหมาะสม ทำให้เกิดความเป็นพวกพ้องเดียวกัน พร้อมทั้ง ให้กำลังใจซึ่งกันและกันก่อนออกไป แสดงบทบาทสมมติ ประมวลผล และสร้างความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับสื่อสารตามสถานการณ์ที่กำหนด จนเกิดเป็นข้อสรุปของกลุ่ม ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความสนใจ เจตคติ และความเชื่อขณะ เข้ากลุ่ม สมาชิกแสดงบทบาทของการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม สมาชิกในกลุ่มกล้าแสดงออกเพิ่มมากขึ้น มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเมื่อการนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ยังช่วยให้วัยรุ่น ที่มีปัญหาโรคกลัวการเข้าสังคมกล้าที่จะเข้าสังคมขึ้นหลังจากได้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Schulz, Stolz & Berger, 2014) สมาชิกช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้รับสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกันและเกิดโอกาส ในการกระทำอย่างต่อเนื่อง และมีการบ้านกลับไปให้ผู้ดูแลปฏิบัติพร้อมทั้งมีการโทรติดตาม

กิจกรรมที่ 5 “กายเข้มแข็ง ใจเบิกบาน” เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองทั่วไปและการปฏิบัติกิจกรรมศาสนา ทำให้สมาชิกเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของร่างกายและจิตใจ สมาชิกพูดคุยกันในกลุ่มเกี่ยวกับการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกันแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากสมาชิกที่มีประสบการณ์ทำให้เกิดการเรียนรู้ การสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เกิดความมั่นใจที่จะปฏิบัติ ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความสนใจ เจตคติ และความเชื่อขณะเข้ากลุ่ม พร้อมทั้งนำเสนอวิธีการสร้างสมดุลของกายและจิตได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง ได้แก่ การนั่งสมาธิ การออกกำลังกาย การเล่นโยคะ การร้องเพลง เป็นต้น อีกทั้งสมาชิกในกลุ่มชักชวนกันทำสมาธิ สมาชิกมีความตั้งใจและมั่นใจในการดูแลตนเอง เห็นประโยชน์ของการเข้ากลุ่ม เกิดโอกาสการกระทำอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งผู้ดูแลได้รับคู่มือคลายเครียดของกรมสุขภาพจิต ทำให้เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น และมีการบ้านให้กลับไปปฏิบัติต่อเนื่อง พร้อมทั้งโทรติดตาม เมื่อนำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง นำมาใช้ในผู้ที่สูบบุหรี่พบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จนสามารถเลิกบุหรี่ได้ (ครุฑชิต หนากกลาง, 2556) ช่วยลดการดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นในชุมชนได้ (Riper et al., 2007) จากการศึกษาของ บราวดอนและคณะ (Bradon et al., 2012) พบว่าหลังเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้หญิงตั้งครรภ์ ลดการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกได้ และยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น (วิลาวัลย์ ไทรโรจน์รุ่ง และคณะ, 2557) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง พบว่า มีการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น (Nguyen et al., 2008)

กิจกรรมที่ 6 “นาฬิกาชีวิต” เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สมาชิกเห็นความสำคัญของเวลา และบริหารเวลาในแต่ละวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเมื่อสมาชิกนำ ตารางเวลาของตนเองมาพูดคุยร่วมกันภายในกลุ่ม เนื่องจากกิจกรรมในแต่ละวันของสมาชิกไม่เหมือนกัน ทำให้เกิดการเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การเสนอแนะและให้คำแนะนำในการแบ่ง

เวลาจากผู้ที่มีประสบการณ์ภายในกลุ่ม ทำให้เกิดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงตัวเอง เกิดความช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม สมาชิกสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จากนั้นประมวผลและสร้างความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการแบ่งเวลา เกิดเป็นข้อสรุปของกลุ่ม ซึ่งสมาชิกจัดสรรเวลาได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของตัวเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธัญญนันท์ เนตรธนู (2551) พบว่าการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์แรก สมาชิกสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มั่นใจว่าสมาชิกทุกคนทำได้ และมีโอกาสการกระทำอย่างต่อเนื่อง และมีการบ้านให้ไปปฏิบัติ พร้อมทั้งโทรติดตาม

กิจกรรมที่ 7 “ชุมชนพึ่งใจ” เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม ทำให้สมาชิกสามารถเลือกใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมและขอความช่วยเหลือได้ตรงกับปัญหาของตนเอง จากการบ้านและจากสมาชิกในกลุ่ม สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยเจอเหมือนในสถานการณ์ที่กำหนด การเสนอแนะและให้คำแนะนำจากสมาชิกที่มีประสบการณ์ภายในกลุ่ม ทำให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน เกิดความมั่นใจ ส่งเสริมสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน กลุ่มประมวผล และเกิดเป็นข้อสรุปของกลุ่ม ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความสนใจเจตนาดี และความเชื่อขณะเข้ากลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อารมณ์ วุวรรณเวชญาเลิศ (2557) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนสราญรมณ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่าความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด โดยประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง และช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอสามารถป้องกันการเกิดพยาธิสภาพต่างๆ จากภาวะวิกฤตได้ ถ้าบุคคลมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี มีอารมณ์มั่นคง และอายุยืนยาว (ยูวดี แตรประสิทธิ์, 2558) สมาชิกรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เป็นองค์กรและบุคคลรวมถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ ของตนเองและครอบครัวมากขึ้น ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติม ทำให้สมาชิกรู้ถึงวิธีการและขั้นตอนการขอความช่วยเหลือจากบุคคลหรือหน่วยงาน รวมทั้งสามารถเลือกใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับโอกาสและสถานการณ์

กิจกรรมที่ 8 “ดอกไม้ให้คุณ” เป็นการสรุปกิจกรรมกลุ่ม เป็นการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หลังจากที่ได้ทดลองนำไปปฏิบัติแล้ว สมาชิกนำสิ่งที่ตนเองได้ปฏิบัติมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ให้คำแนะนำ พร้อมทั้งให้กำลังใจกันและกัน ทำให้เกิดความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น เกิดความช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม สมาชิกสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ร่วมกันประเมินผลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยทบทวนและสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการเข้าร่วมกลุ่มทั้งหมดผ่านภาพและวิดีโอที่จัดเตรียมไว้ ผู้วิจัยประเมินผลไปในด้านบวก รวมทั้งการ

ให้กำลังใจซึ่งกันและกันจากสมาชิกด้วยกัน สมาชิกมีเกิดพันธะสัญญาร่วมกันและมีกำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา พวงแก้ว จินดา (2555) กระบวนการกลุ่มสามารถพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพิ่มมากขึ้นหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง นอกจากนี้แล้วการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองยังช่วยเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลเพื่อปรับปรุงภาวะโภชนาการเด็ก (นฤมล โพธิสาขา, 2552) และสามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลบุตรและช่วยลดความเครียดของมารดาในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคทาลัสซีเมีย (นภัสวรรณ แก้วหลวง, 2557) เมื่อนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเข้าใจในการดูแลตนเองในระยะฟื้นฟูเพิ่มมากขึ้น (Jackson, Gregory & McKinstry, 2009) ช่วยลดการดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นในชุมชนได้ (Riper et al., 2007) จากการศึกษาของ บราวดอนและคณะ (Bradon et al., 2012) พบว่าหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้หญิงตั้งครรภ์ลดการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกได้

ภายหลังการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง สามารถสรุปได้ว่า การดำเนินกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรม เป็นการสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ และกล้าแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ส่งเสริมการรู้จักตนเอง ผู้ดูแลได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น แสดงบทบาทต่อผู้ดูแลด้วยกัน เป็นผู้นำและผู้ตามในการแก้ปัญหาต่างที่ผู้ดูแลประสบมา ซึ่งเป็นสิ่งชักจูง ให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับปรุงตนเอง และมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งลักษณะของกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นกันเองเพื่อสร้างความคุ้นเคย เป็นการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและเกิดการเรียนรู้กันภายในกลุ่ม ซึ่งบรรยากาศ ในการเข้าร่วมกิจกรรมและสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกลุ่ม เกิดความรู้สึกปลอดภัย อบอุ่นใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน การให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้ดูแลและ ให้โอกาสปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตให้ดีขึ้น เมื่อผู้ดูแลมาเข้ากลุ่มในครั้งที่ 2-8 ผู้ดูแลได้มีแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์จากผู้ดูแลคนอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้มีโอกาสร่วมรับรู้ปัญหาของคนอื่นๆ ในกลุ่ม ทำให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาคนเดียว ได้รับความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างไปจากเดิม มีความกระตือรือร้น เกิดการเรียนรู้ว่าจะจัดการกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้องและเหมาะสมได้อย่างไร อีกทั้งบรรยากาศการดำเนินกลุ่มไม่ตึงเครียด ซึ่งหัวข้อในการเข้ากิจกรรมทั้ง 8 ครั้ง ครอบคลุมในเรื่อง คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ซึ่งเป็นหัวข้อที่ผู้ดูแลอยากทราบและมีความสนใจเช่นเดียวกัน และกระบวนการกลุ่มทั้ง 8 ครั้ง ให้ความสำคัญกับผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลเป็นศูนย์กลางของกลุ่ม โดยกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันมากกว่าส่วนอื่นๆ ซึ่งการยอมรับ และการใช้ประสบการณ์จากกลุ่มเพื่อน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ และพฤติกรรม

4.2.2.2 การทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ($\bar{D}_1=70.63$, $SD=11.97$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2=1.46$, $SD=5.17$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=29.03$, $p<.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ตามตารางที่ 4.7

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ก่อนให้โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ($M=161.40$, $SD=11.96$) และกลุ่มควบคุม ($M=163.56$, $SD=11.93$) ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$, $t=.70$) ตามตารางที่ 4.6 และภายหลังการทดลองโดยให้โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ตามตารางที่ 4.5 และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ก่อนและหลังให้โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังให้โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1=70.63$, $SD=11.97$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2=1.46$, $SD=5.17$) อธิบาย ได้ว่า ภายหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของ วอลซ์ และ บลูเออร์ (Walz & Bleuer, 1992) ซึ่งประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม การให้ข่าวสารระหว่างสมาชิก การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้และการพัฒนาทักษะ และการให้ความช่วยเหลือ โดยผู้วิจัยนำแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์มาเป็นตัวดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่ม โดยออกแบบมาทั้งหมด 8 กิจกรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้สมาชิกได้มาเข้ากลุ่มและทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้เกิดการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม ได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารจากสมาชิก ระบายความรู้สึก ปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต บุคคลที่เป็นพวกเดียวกันทำให้ไม่ต้องกังวล ว่าสมาชิกในกลุ่มจะไม่เข้าใจแต่กลับได้รับการตอบรับอย่างจริงจัง คอยให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนอย่างเต็มที่ สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า ยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหา ให้กำลังใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม นันทา เกียรติกังวานไกล (2550) สมาชิกในกลุ่มแนะนำวิธีการปรับปรุงตนเอง สนับสนุนและให้กำลังใจและมีความเชื่อว่าทุกคนสามารถปรับปรุงตนเองได้ เกิดการยอมรับและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จึงส่งผลให้สมาชิกมีการปรับปรุงตนเองไปในทางที่ดีขึ้น (อิชญา พงษ์อร่าม, 2558) อีกทั้งสมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการ

สื่อสารผู้มีประสบการณ์ภายในกลุ่ม สะท้อนความรู้สึกที่เกิดขึ้น ช่วยกันหาวิธีการที่จะทำให้การสื่อสารในครอบครัวดีขึ้น มีการแสดงบทบาทสมมติเพื่อเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติ ส่งผลให้สมาชิกมีความมั่นใจในการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น (Schulz, Stolz & Berger, 2014) การให้คำแนะนำในการแบ่งเวลาจากผู้ที่มีประสบการณ์ภายในกลุ่ม รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่มช่วยส่งเสริมให้สมาชิกมีการจัดการตารางเวลาที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตประจำวัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ที่มีประสบการณ์ภายในกลุ่ม พร้อมทั้งมีสถานการณ์ให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันคิดวิเคราะห์ และผู้ที่เคยประสบสถานการณ์นั้นได้แนะนำ ส่งผลให้สมาชิกรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เป็นองค์กรและบุคคลรวมถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ ของตนเองและครอบครัวมากขึ้น อีกทั้งยังรู้ถึงวิธีการและขั้นตอนการขอความช่วยเหลือจากบุคคลหรือหน่วยงาน รวมทั้งสามารถเลือกใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับโอกาสและสถานการณ์ สมาชิกได้พูดคุยเกี่ยวกับการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่าจะเลือกวิธีการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมีการสาธิตวิธีการดูแลตัวเองด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อช่วยเป็นต้นแบบให้สมาชิกนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง มีการฝึกปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา คือ การฝึกสมาธิภายในกลุ่ม เกิดการแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้จากการฝึก เกิดเป็นคำแนะนำระหว่างสมาชิก ส่งผลให้เกิดความมั่นใจที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การเปลี่ยนแปลงตนเองจากการกลุ่มช่วยเหลือตนเองส่งผลให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ได้มีโอกาสพบปะ พูดคุย ได้รับข้อมูลเพิ่มมากขึ้นในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ได้แสดงความคิดเห็น และได้ช่วยกันหาแนวทางในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ซึ่งจากการที่สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน เกิดการยอมรับคำแนะนำและความคิดเห็นจากสมาชิกคนอื่นๆ สมาชิกในกลุ่มคอยกระตุ้นและส่งเสริมให้กำลังใจ โดยมีผู้วิจัยคอยตอบคำถามและให้ข้อมูลในโอกาสที่เหมาะสม เป็นการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้เป็นผลนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ครรชิต หนากกลาง (2556) พบว่าการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จนสามารถเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวัลย์ ไทรโรจนรุ่ง (2550) พบว่าภายหลังเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น และในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง พบว่า มีการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น (Nguyen et al., 2008)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้นเป็นกลุ่มที่ก่อให้เกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกัน เกิดการประคับประคองจิตใจ ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยใช้ประสบการณ์ของแต่ละคนที่ได้รับ โดยสมาชิกจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่มีประสบการณ์ตรงและสมาชิกในกลุ่มประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกันได้มาร่วม

ระบายนามรู้สึก ร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งการยอมรับและการใช้ประสบการณ์จากกลุ่มเพื่อนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ทัศนคติ อารมณ์ และพฤติกรรม จึงส่งผลให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ออกแบบการทดลองเป็นแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (the pretest-posttest control group design) โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยมีตัวแปรต้น คือ โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทประชากรที่ใช้ศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับยาหรือรับยาแทน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยทำการทดลองระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ.2559-เดือนกันยายน พ.ศ. 2559 โดยเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 100 นาที รวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตไปใช้ทดลองกับผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรับยาหรือรับยาแทน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับที่ระดับ .94 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยรูปแบบโปรแกรม มีทั้งหมด 8 กิจกรรม กิจกรรมละ 100 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 สัปดาห์ และแต่ละกิจกรรมจะมีการบ้านให้กลับไปทำทุกครั้ง พร้อมทั้งโทรติดตามผล โดยจัดกิจกรรมในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ เวลา 09.00 น. - 10.40 น. โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมร่วมมือร่วมใจ 2) กิจกรรมฟันฝ่าอุปสรรค 3) กิจกรรมรู้จักตน พัฒนาการ 4) กิจกรรมสื่อสารอย่างไรให้คนรัก 5) กิจกรรมกายเข้มแข็ง ใจเบิกบาน 6) กิจกรรมนาฬิกาชีวิต 7) กิจกรรมชุมชนพึ่งใจ 8) กิจกรรมดอกไม้ให้คุณ

ผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมติฐาน คือ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วย จิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ($M=165.03$, $SD=10.10$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M=163.56$, $SD=11.94$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.53$, $p<.001$) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ($\bar{D}_1=70.63$, $SD= 11.91$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2= 1.46$, $SD=5.17$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= 29.04$, $p<.001$)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทได้มากกว่าการดูแลตามปกติ

5.2 ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้

5.2.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

5.2.1.1 จัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวช เพื่อให้ผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับบริการในคลินิก ได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

5.2.1.2 ควรมีการจัดอบรม บุคลากรด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลต่างๆสามารถนำเอากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ไปใช้บำบัดในผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาเป็นระยะเวลายาวนาน เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น เพื่อลดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ อีกทั้งยังป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจตามมาได้

5.2.2 ข้อเสนอแนะทางการวิจัย

5.2.2.1 ควรมีการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรคอื่นๆ และผู้ดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อสร้างกลุ่มให้เป็นที่พูดคุยปัญหาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นตามมา

5.2.2.2 ควรมีการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน เพื่อสร้างเครือข่ายในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในชุมชนของผู้ดูแลเอง

5.2.2.3 พัฒนาโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองร่วมกับการเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้มีการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2557). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2558 จาก; <http://www.dmh.go.th/report.asp>
- กรมสุขภาพจิต. (2558). ความหมายของสุขภาพจิต. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2558 จาก; <http://www.dmh.go.th/qa/view.asp?id=41>.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2559). การจัดการบริการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้กระบวนการกลุ่ม.ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- กฤตยา แสงเจริญ และกิ่งเพชร วงษ์พิเชษฐ์. (2550).การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 20(3), 12-21.
- เกษณี คำจันทร์. (2546). ผลของโปรแกรมกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาตามความเป็นจริงต่อความเครียดและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะวิทยาศาสตร์, สาขาจิตวิทยาให้คำปรึกษา.
- ครรชิต หนากลาง. (2556). การศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- จันทนา เจริญเวช. (2556). ความอดทนด้านจิตใจกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 21(2) ,121-135.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2534). รายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนไทยในภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุมพล สมประสงค์. (2550). การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดของเทศบาลเมืองกาญจนบุรี.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42(40),184-96.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2558). การประยุกต์ใช้การบำบัดแบบมุ่งเน้นคำตอบในการพยาบาลครอบครัว. วารสารพยาบาลทหารบก สมาคมพยาบาลทหารบก, 16(2), 64-75.
- ณัฐยา พรหมบุตร. (2545). สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- ดรุณี ชูณหะวัต. (2546). การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองทางสุขภาพ. วารสารพยาบาล, 52(1), 16-24.

- เดือนแรม ยศปัญญา. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 63-74.
- ทชภา นาคประเสริฐ. (2550). *การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ใช้แรงงาน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- ทูลภา บุปผาสงข์. (2545). *ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- ธวัชชัย สีนพานาจ. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชาณูเมืองการพิมพ์.
- ธัญญนันท์ เนตรธนู. (2551). *ผลของการบริการรายบุคคลอิงทฤษฎีมนุษยนิยมสำหรับหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- ธิดารัตน์ คณิงเพียร. (2557). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 8(3), 117-129.
- นภาพร พึ่งเกศสุนทร. (2554). ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 25(2), 52-63.
- นฤมล เตี้ยบำรุงญาติ 2552. *ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่มีต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, คณะวิทยาศาสตร์, สาขาการจิตวิทยาให้คำปรึกษา.
- นฤมล โพธิสาขา. (2552). ผลของการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อศักยภาพของผู้ดูแลเพื่อปรับปรุงภาวะโภชนาการเด็ก. *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 27(4), 12-14.
- นภัสวรรณ แก้วหลวง. (2557). ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรและความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารมหาวิทยาลัยบูรพา*, 12(1), 60-77.
- นันทา เกียรติกังวาลไพล. (2550). *ผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- นันทิยา ตันศรีเจริญ. (2545). *เรียนรู้ประสบการณ์จากแผน EAP*. มหาสารคาม: อุดมการพิมพ์.

- นัทมนต์ ฉิมสุข. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 23(3), 49-62.
- บังอร สุปรีดา. (2546). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้เสพติดยาบ้า. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- บังเอิญ ทองสมนึก. (2551). การศึกษาการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเขตอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- บัวลอย แสนละมุล. (2557). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2(1), 25-35.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินวัตกรรมจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุปผา ธนิกกุล. (2555). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- ปานิสรา เกษมสุข. (2551). ผลของกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ต่อการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 1(2), 75-93.
- ผุสดี จันบาง. (2554). รายงานการศึกษาระบบนิเวศของเด็กประถมศึกษา จ. นนทบุรี. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม*, 26(2), 65-74.
- พวงแก้ว จิตา. (2555). ประสิทธิภาพของการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลและการศึกษา*, 5(1), 12-24.
- เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2551). บทความวิชาการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของครอบครัวไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 22(1), 2-6.
- เพียรใจ ดิโรไพรวงค์. (2550). สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และภาวะการดูแลของสมาชิกครอบครัว. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหิดล, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเวช*. สงขลา: ขานเมืองการพิมพ์.

- มยุรี กลับวงศ์. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และ พรชัย พงษ์สงวนสิน. (2555). สถานการณ์การรักษาผู้ป่วยจิตเวช ตามการรับรู้ของครอบครัว. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 9(3), 113-127.
- มัลลิกา ทัดมาลา. (2555). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(2), 72-82.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ยุวดี แตรประสิทธิ์. (2558). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 1-9.
- รัชนิกร อุปเสน. (2550). *การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- รัตนา พันจยู. (2555). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- ลัดดา แสงสีทา. (2545). *ผลของการฝึกการแก้ไขปัญหาคู่ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น*. มหาสารคาม : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วรรณมา คงสุริยะนาวิน. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของหญิงหลังคลอด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(1), 26-40.
- วชิรพร ตีพานัส. (2555). *กลุ่มช่วยเหลือตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในตำบลบางนาสี อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดสกลนคร*. กรุงเทพมหานคร : คณะวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

- วรศรา ใจคำปัน. (2550). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- วาริรัตน์ ถาน้อย. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(1), 13-25.
- วิลาวัลย์ หมอมูล. (2557). ภาวะสุขภาพจิตของสตรีที่คู่สมรสไปทำงานต่างประเทศ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- วิลาวัลย์ ไทโรจน์รุ่ง. (2550). ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรจน์.
- สมัย ศิริถาวร. (2547). ภาวะสุขภาพจิตคนพิการทางการเคลื่อนไหว. โรงแรมแอมบาสเดอร์, กรุงเทพฯ: *การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3* (น. 331-346).
- สันติ จิตระจินดา และ สมศักดิ์ กัณหา. (2548). *เด็กไทยรู้ทันต่อต้านโฆษณาหลอกเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- สายใจ ก้าวอนันต์คุณ. (2552). ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน, เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา และกนกรัตน์ สุขะตุงคะ. (2552). การสร้างเกณฑ์ปกติสำหรับวัดสุขภาพจิตในคนไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 44(4), 285-289.
- สุนีย์ แสงแก้ว (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อการะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26 (5) ,127-111.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(3), 159-167.
- สุปรียา ต้นสกุล และภรณี วัฒนสมบูรณ์.(2553). การใช้สัปดาห์บูรณาการการเรียนรู้ในการพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ด้านทักษะทางวิชาการและการพัฒนาตนเองของนักศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 40(3), 291-301.

- เสถียร ยุธชัย. (2546). *สุขภาพจิต*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *สาระสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2558 จาก;<http://www.dmh.go.th/report.asp>.
- อภิชัย มงคล. (2550). ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทสังคมไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 46 (3), 225-232.
- อรุณมี ประเสริฐ. (2557). การศึกษาสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 40(2), 211-227.
- อิชญา พงษ์ราม. (2558). ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยบูรพา, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: วีพริ้นท์.
- อัมพร กุลเวชกิจ. (2550). ผลของการใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลและคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- อาภรณ์ วุวรรณเจษฎาเลิศ. (2557). ประสิทธิภาพของรูปแบบสุขภาพศึกษาตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- อุดมพร รักถาวร. (2558). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(1), 52-64.
- อุษา แก้วคำภา. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะในการดูแล กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26 (2) ,127-143.
- อุไรวรรณ ศักดิ์ศาสตร์. (2556). ยารวมมิตรพิชิตการนอน. *วารสารวิชาการ*, 16(4), 31-3.
- Abraham, I.L., Fox, J.C. & Cohen, B.T. (1992). Integrating the bio into biopsychosocial: under Standing and treating biological phenomena in psychiatric mental health nursing.[Online].20September2015,from[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez? db=1476457&cmd=showdetailview&indexed=google](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=1476457&cmd=showdetailview&indexed=google).

- Adam, J. (1979). Mutual help group: Enhancing the coping ability of oncology clients. *Cancer Nursing*, 2(4), 95-98.
- Barbuto, R., Biggeri, M., & Griffo, G. (2011). Life project, peer counselling and self-help groups as tools to expand capabilities, agency and human rights. *Alter - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 5(3), 192-205.
- Brandon, T.H., Simmons, V.N., Meade, C.D., Quinn, G.P., Lopez Khoury, E.N., Sutton, S.K., & Lee, J. (2012). Self-Help Booklets for Preventing Postpartum Smoking Relapse: A Randomized Trial. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2019-2115.
- Burns, N., & Grove, S.K. (1997). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization (3th ed.)*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Cole, S.A. (1983). *Self-help group*. In Kaplan and Sadock (ed.), *Comprehensive group psychotherapy*. USA : Willian & Willkins.
- Chien, W. T. (2004). Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 595-608.
- Chien, W. T., & Chan, S. (2013). The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia: A randomized controlled trial with 24-month follow-up. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 1326-1340.
- Chien, W. T., Norman, I., & Thompson, D.R. (2004). A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 41(2), 637-649.
- Coote, H.M., & Macleod, A.K. (2012). A Self-help, Positive Goal-focused Intervention to Increase Well-being in People with Depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(1), 305-315.
- Doornbos, M. M. (2002). Family caregiver and the mental health care system: Reality and DreamPsychiatric. *Archives of Nursing*, 16(1), 39-46

- Dozeman, E., Schaik, D.J., Marwijk, H.W., Stek, M.L., Beekman, A.T., & Horst, H.E. (2011). Feasibility and effectiveness of activity-scheduling as a guided self-help intervention for the prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 23(6), 969–978.
- Dyck, D.G., Short, R., & Vitaland, P.P. (1999). Predictors of Burden and Infectious Illness in Schizophrenia Caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 61(2), 411–419.
- Ediriweera, H. W., Fernando, S. M., & Pai, N. B. Mental health literacy survey among Sri Lankan carers of patients with schizophrenia and depression. *Asian Journal of Psychiatry*, 5(3), 246–250.
- Francell, C. G., Conn, V. S., & Gray, D. P. (1988). Family's perception of burden of care of chronic mental relative. *Hospital Community Psychiatry*, 39(2), 1296-1300.
- Grove, S.K, Burns, N.C., & Gray J.N. (2013). *The practice of nursing research*. St. Louis, Mo.: Elsevier/Saunders.
- Gupta, S., Isherwood, G., Johnes, K., & Lmpe, K. (2015). Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *Gupta et al. BMC Psychiatry*, 1(3), 1-11.
- Hanzawa, S., Bae, J., Chae, M., Tanaka, H., Nakane, H., Ohta, Y., & Nakane, Y. (2012). Psychological impact on caregiver traumatized by the violence behavior of a family member with schizophrenia. *Asian journal of psychiatry*, 6(2), 45-51.
- Hashem, S., & Al-Juboori, A.K. (2011). Assessment of Physical and Psychological Well-being of Family Caregivers of Schizophrenic Patients. *Iraqi J. Comm. Med*, 24(3), 205-210.
- Helen, R., & Elleen, J. (2015). Need of family caregiver in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(3), 557-566.
- Hill, L. & Smith, N. (1990). *Self-Care Nursing: Promotion of Health*. 2nd ed. New Jersey: Appleton & Lange.

- Jackson, A.M., Gregory, S., & McKinstry, B. (2009). Self-help groups for patients with coronary heart disease as a resource for rehabilitation and secondary prevention—what is the evidence. *Heart & Lung*, 8(3), 192-200.
- Johnson, S.B. (1997). *Psychiatric mental health nursing adaptation and growth*. New York: Lippincott.
- Kurtz, L.P. (1997). *Self – help and Support Group: A Handbook for Practitioners*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lam, P., Ng, p., & Tori, C. (2013). Burdens and psychological health of family caregivers of people with schizophrenia in two Chinese metropolitan cities: Hong Kong and Guangzhou. *Community Mental Health*, 49(2), 841–846.
- Lee, E.O., Chae, Y.R., Song, R., Eom, A., Lam, P., & Heitkemper., M. (2010). Feasibility and Effects of a Tai Chi Self-Help Education Program for Korean Gastric Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 1-6.
- Levy, M. (1977). Patterns and correlates of self-help group membership in the United States. *Social Policy*, 27(3), 27-46.
- Marram, G.D. (1978). *The group approach in nursing practice*. 2nd ed. St. Louis: C.V. Mosby.
- Magana, S.M., Ramirez, J.I., Hernandez, M. G., & Cortez, R. (2007). Psychological Distress Among Latino Family Caregivers of Adults With Schizophrenia: The Roles of Burden and Stigma. *Psychiatric services*, 58(3), 378-384.
- Magliano, L., McDaid, D., Kirkwood, S., & Berzins, K. (2007). *Careers and families of people with mental health problems*. In M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos & G. Thornicroft (Eds.), *Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care*.
- Mccann, T.V., Songprakun, W., & Stepson, J. (2015). Effectiveness of guided self-help in decreasing expressed emotion in family caregivers of people diagnosed with depression in Thailand: a randomised controlled trial. *McCann et al. BMC Psychiatry*, 15(3), 258-266.

- Mccan T.V., Songprakun W. & Stephenson J. (2015). A randomized controlled trial of guided self-help for improving the experience of caring for carers of clients with depression. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1600–1610.
- Mitsonis, C., Voussoura, E., Dimopoulos, N., Psarra, V., Kararizou, E., Latzouraki, E., Zervas, I., & Katsanou, M. (2012). Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 43(3), 331-337.
- Moller-Leimkuher, A, N., & Madger, F. (2011). Personality factors and mental health outcome in caregivers of first hospitalized schizophrenic and depressed patients: 2-year follow-up results. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 261(2), 165–172.
- Newton, G. (1984). Self – Help Group. *Journal of Psychosocial Nursing*, 10(2),10-14.
- Nguyen, T.A., Oosterhoff, P., Ngoc, Y.P., Wright, P., & Hardon, A. (2008). Self-Help Groups Can Improve Utilization of Postnatal Care by HIV-Infected Mothers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(2), 141-152.
- Oka, T., & T. (2000). The history of concept and theory of self help group. From international perspective. *The Japan Journal of Occupational Therapy*, 34(7), 718-722.
- Olwit, C., Musisi, S., Leshabari, S., & Sandy, I. (2015). Chronic Sorrow: Lived Experiences of Caregivers of Patients Diagnosed With Schizophrenia in Butabika Mental Hospital, Kampala, Uganda. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 43–48.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Kaczynski, R., Swartz, M. S., Cañive, J. M., & Lieberman, J. A. (2006). Components and Correlates of Family Burden in Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(2), 1117-1125.
- Phanthunane, P., Theo V., Harvey W., Melanie B. & Pichet U. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 8 (2), 24-36.
- Pot, A. M., Blom, M. M., & Willemse, B.M. (2015). Acceptability of a guided self-help Internet intervention for family caregivers: mastery over dementia. *International Psychogeriatrics*, 27(8), 1343–1354.

- Resnick W.M. (1986). Nursing and the Voluntary Association Origin. Development and collaboration. *Nurs Clin North Am.* 21(3), 515-525.
- Richardson, A. (1985). *Social Help and Social Care : Mutual Aid Organization in Practice*. Policy Studies Institute. London.
- Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2007). Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Society for the Study of Addiction*, 103(3), 218-227.
- Rissman ,F. (1984). *Understand self-help*. San Francisco: Jossey-Base.
- Rissman, F., & Gartner, A. (1984). *Counsellors and self-help group*. San Francisco: Jos sey-Base.
- Robinson, D. (1985). self-help group. *Bristish Journal of Hospital Medicine*, 19(9), 109-111.
- Ross, H.S. & Mico, P.R. (1980). *Theory and Practice in health education*. California : Mayfield.
- Sandy, M.,Jorge, I., Maria, G., & Raymond, B.A. (2007). Psychological distress among Latino family of adult with schizophrenia: the role of burden and stigma. *Phychiatric service*, 58(3), 378-384.
- Schulz, A.V., Stolz, T.M., & Berger, T.M. (2014). An Internet-Based Self-Help Treatment for Fear of Public Speaking: A Controlled Trial. [Online].20September2015, from <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/cyber.2009.0224>.
- Steiger, N.J. & Lipson, J.G. (1985), *Self care Nursing Theory and Practice*. Maryland : Prentice – Hall.
- Songprakun, W., & Mccann, T.V. (2012). Evaluation of a cognitive behavioural self-help manual for reducing depression: a randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(3), 647–653.
- Stuart, G. M., & Laraia, M. T. (1998). *Stuart and Sundeen’s principle and practice of Phychiatric nursing*. (6th ed.) St. Louis: Mosby.
- Suro, G., & Mamani, A. (2013). Burden, Interdependecne, Ethnic, and Mental healt in caregiver of patient with schizophrenia, *Family Process*, 52(2), 229-312.

- Tannis, M., John, H., Ian, R.H., Robert.R. (2002). Caregive stress when living together or apart from patient with chronic schizophrenia. *Community mental health journal*, 38(4), 303-310.
- Tungpunkam, P. (2000). *Staying in balance:Skill and role development in psychiatric caregiving*. Unpublished Doctor Thesis, University of California San Francisco: San Francisco.
- Wang, L.Q., Chien, W.T., & Lee, I.Y. (2012). An experimental study on the effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia in mainland China. *Contemporary Nurse*, 40(2), 210–224.
- Walz, G.R. & Bleue, C. (1992). *Developing Support Groups for Students: Helping Students Cope with Crises*. Michigan: ERIC.
- World Health Organization.(1992).*The ICD-10 Classification of Mental Behavioral Disorder: Clinical description and Diagnostic Guildline*. Geneva: WHO.
- Yusuf, A.J., & Nuhu, F.I.(2011). Factors associated with emotional distress among caregivers of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *Soc Psychiat Epidemiol*, 46(2), 11–16.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

AF 01_12



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 115/2559

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ : 058/2559
ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท
: THE EFFECTS OF A SELF-HELP GROUP PROGRAM ON THE MENTAL HEALTH SELF-CARE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' PRIMARY CAREGIVERS.
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอัญชลี ตักโพธิ์
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณาโดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โททกานนท์)
ประธานคณะอนุกรรมการ

ลงนาม.....
(อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา)
อนุกรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 30 พฤษภาคม 2559

วันหมดอายุ : 30 พฤษภาคม 2560

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า: ครั้งที่ 1: 30 พฤศจิกายน 2559

เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

เอกสารอนุมัติจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์



แบบแจ้งผลการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

เอกสารรับรองเลขที่ NPRPHEC 2559-001

วันที่ให้การรับรอง 14 มิถุนายน 2559

วันหมดอายุการรับรอง 14 มิถุนายน 2560

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
ของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Effects of a self-help group program on the mental health self-care of schizophrenic patients' primary caregivers.

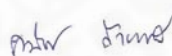
ชื่อผู้วิจัยหลัก นางสาวอัญชลี ตักโพธิ์

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

แหล่งทุน -

ผลการพิจารณา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ได้พิจารณา
โครงการวิจัยแล้ว คณะกรรมการพิจารณาในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตาม
เอกสารโครงการวิจัยเป็นหลัก



(นางสาวศศิธร สายชาติ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ปฏิบัติหน้าที่แทนประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์



(นายกิตติศักดิ์ โพธิ์โน)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

ภาคผนวก ข
เอกสารพื้กษัณธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย
(Participant Information Sheet)

โครงการวิจัย ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) THE EFFECTS OF A SELF-HELP GROUP PROGRAM ON THE MENTAL HEALTH SELF-CARE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' PRIMARY CAREGIVERS

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอัญชลี ตักโพธิ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย หอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ เลขที่ 210/ ตำบลอาจสามารถ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม รหัสไปรษณีย์ 48000

ที่อยู่ 34/3 หมู่ที่ 4 บ้านคำพอก ตำบลท่าจำปา อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม 48120

โทรศัพท์มือถือ 09-0854-XXXX E-mail: anchaleetakphoo@gmail.com

1. การเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา
2. เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ต้องรับบทบาทหนักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3 ด้าน ซึ่งได้แก่ 1) ด้านการบริหารยา ได้แก่ การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ การพาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไปพบแพทย์เพื่อรับยาตามนัด การกำกับดูแลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับประทานยาตรงตามเวลาตามแผนการรักษา และการเอาใจใส่ดูแลขณะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการข้างเคียงจากยา 2) บทบาทด้านการจัดการกับอาการของโรคที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทมีหน้าที่สังเกตอาการด้านลบ เช่น อาการซึมเฉย เก็บตัว หรือไม่ค่อยแสดงออก พร้อมทั้งตรวจสอบข้อมูลและสังเกตอย่างใกล้ชิดก่อนพาไป นอกจากนี้แล้วยังต้องจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำหน้าที่ขอร้องไม่ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายคนอื่น เก็บของมีคมต่างๆ ไว้เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการเอะอะ อาละวาด ก้าวร้าว การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการผิดปกติจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ การขอโทษเพื่อนบ้านที่ถูกผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้าย และขอร้อง

ให้เพื่อนบ้านออกจากสถานการณ์เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะทำร้าย อีกทั้งยังต้องการอธิบายให้เพื่อนบ้านได้เข้าใจเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายผู้อื่น 3) บทบาทในการดูแลด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งต้องทำหน้าที่จัดหาอาหาร การดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้าและของใช้ต่างๆ การดูแลการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การสนับสนุนให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การกระตุ้นหรือเปิดโอกาสผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมรื่นเริงของครอบครัว สังคมและชุมชน การควบคุมไม่ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทดื่มสุราหรือสารเสพติดทุกชนิด รวมทั้งการป้องกันการถูกล้อเลียน หรือรังเกียจจากบุคคลอื่น

จากบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวไปนั้น ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ 1) ผลกระทบด้านร่างกาย 2) ผลกระทบโดยตรงด้านจิตใจ 3) ผลกระทบด้านความเป็นอิสระของบุคคล 4) ผลกระทบด้าน 5) ผลกระทบด้านจิตวิญญาณและความเชื่อส่วน

จากการการศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต วิจัยจึงเห็นควรที่จะมีวิธีการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

3. วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้คือ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

4. รายละเอียดของอาสาสมัครวิจัย

4.1 โดยลักษณะของอาสาสมัครวิจัยมีเกณฑ์ ดังนี้

4.1.1 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่

1) ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทซึ่งอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคจิตเภทและมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติพี่น้อง

2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี

3) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

4) สามารถฟัง พูดอ่าน และเขียนภาษาไทยได้

4.1.2 เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ได้แก่

1) เป็นผู้ดูแลแต่ได้รับค่าจ้างในการดูแล

4.2 หลังจากการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดแล้ว และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 60 คน ผู้วิจัยจะสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย และผู้วิจัยให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นแบ่งกลุ่มอาสาสมัครวิจัยเป็น 2 กลุ่มเท่าๆกัน โดยการจับฉลากอย่างง่าย เข้ากลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จำนวน 8 ครั้ง ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัย โดยจะได้รับการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม แล้วนำมาคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งจะได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชชนครพนมราชนครินทร์ ประกอบไปด้วย การซักประวัติของผู้ป่วยจิตเภท จากผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การรับ ประทานยาต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัด จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเพื่อแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้เซ็นชื่อยินยอมในการเข้าร่วม จากนั้นให้ควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท และทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 หลังการมาตรวจตามนัดปกติ เพื่อทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสัปดาห์ที่ 8

ซึ่งเหตุผลที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าอาสาสมัครวิจัยมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดในการเข้าร่วมวิจัย และสามารถเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรได้

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่ออาสาสมัครวิจัย

5.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลอง เริ่มตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2559 ถึง เดือนกรกฎาคม 2559 โดยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แจ้งกำหนดการนัดหมายเพื่อเข้าร่วมกลุ่มครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 1,2,3,4,5,6,7 และ 8 (ซึ่งสัปดาห์ที่ 4, และ 6 เป็นการมาตรวจตามนัดปกติ) โดยเข้ากลุ่มครั้งละ ครั้งละ 100 นาที ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ มีการบ้าน และโทรติดตามซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมร่วมมือร่วมใจ มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมฟันฝ่าอุปสรรค มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การเผชิญปัญหา

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมรู้จักตน พัฒนาตน มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การพัฒนารู้จักตนเอง

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมสื่อสารอย่างไรให้คนรัก มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมกานเข้าแข็ง ใจเบิกบาน มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การดูแลตนเองทั่วไป และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมนาฬิกาชีวิต มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมชุมชนพึงใจ มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมดอกไม้ให้คุณ มีเนื้อหาเกี่ยวกับ สรุปลักษณะ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเพื่อแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้เซ็นชื่อยินยอมในการเข้าร่วม จากนั้นให้ควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยจิตเภท และทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 หลังการมาตรวจตามนัดปกติ เพื่อทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสัปดาห์ที่ 8 หากกลุ่มควบคุมมีความสนใจเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สามารถเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ ภายหลังสิ้นสุดการศึกษาวิจัยแล้ว โดยผู้วิจัยมอบคู่มือคลายเครียดให้แก่กลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดโครงการ

5.2 การวิจัยนี้อาสาสมัครวิจัยต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลเป็นการจดบันทึกคำพูดขณะเข้ากลุ่มกิจกรรม และบันทึกภาพขณะเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม แต่จะปกปิดใบหน้าผู้ร่วมวิจัย และจะนำข้อมูลวิจัยไปรายงานโดยภาพรวมเท่านั้น

5.3 เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย เช่น แบบสอบถาม ไฟล์เครื่องบันทึกเสียง รูปภาพขณะเข้ากลุ่มกิจกรรม

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครวิจัย

6.1 ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการวิจัย และอำนวยความสะดวกแก่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้เซ็นชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ในสัปดาห์แรกจะให้ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จากนั้นนัดหมายเพื่อเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 8 ครั้งและสัปดาห์สุดท้ายของการเข้าร่วมโปรแกรมจะทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกและให้ข้อเสนอแนะในทุกๆกิจกรรม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย และ ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสัปดาห์ที่ 8 หากกลุ่มควบคุมมีความสนใจเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สามารถเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ ภายหลังสิ้นสุดการศึกษาวิจัยแล้ว

6.2 อาสาสมัครที่พูดภาษาไทยไม่ได้ ฟังภาษาไทยไม่ออก อ่านภาษาไทยไม่ออก และเขียนภาษาไทยไม่ได้ จะไม่ได้รับการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

6.3 กลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยโรคจิต ผู้ต้องขัง เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่อง ผู้ป่วยสมองเสื่อม คนพิการ ชนกลุ่มน้อย ผู้ย้ายถิ่น ผู้อพยพ ปัญญาอ่อน ทหารเกณฑ์ จะไม่นำเข้าเป็นผู้ร่วมวิจัย ในส่วนของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท จะได้รับการอธิบายข้อมูลการเข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียด โดยจะอธิบายถึงการยินยอม สมัครใจเข้าร่วมวิจัย กิจกรรมที่ผู้ป่วยจะได้รับ และการนำผลการวิจัยจะนำเสนอเฉพาะในภาพรวมเท่านั้น และผู้ร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบร่างกาย และไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษา

7. ในการคัดกรองอาสาสมัครวิจัยด้วยวิธีใดๆ ก็ตาม หากพบว่าผู้ผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสถานะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยจะรายงานแพทย์ผู้ให้การรักษาทราบ และดำเนินการช่วยเหลือตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งจะไม่นำเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

8. การใช้เวชระเบียน

การวิจัยนี้ไม่ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน

9. ในการวิจัยนี้จะไม่เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงขึ้นแก่อาสาสมัครวิจัย โดยงานวิจัยจะเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ซึ่งกิจกรรมที่จัดเป็นกิจกรรมที่สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยคอยอำนวยความสะดวก และสรุปในประเด็นสำคัญให้แก่สมาชิกในกลุ่ม โดยผู้วิจัยจะปกปิดข้อมูลอย่างเป็นความลับ เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนทางจิตใจของอาสาสมัคร

10. **ประโยชน์**ในการเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ประโยชน์ส่วนบุคคล ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยจะมีความสามารถปฏิบัติดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี อีกทั้งยังช่วยถ่ายทอดความรู้ให้แก่ครอบครัว ชุมชนได้ และประโยชน์ทางวิชาการ เพื่อนำผลของโปรแกรมไปขยายผลโดยการฝึกอบรมบุคลากรทีมสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

11. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ไม่มีผลกระทบต่อร่างกาย และไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษา

12. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว**เพื่อให้**
อาสาสมัครวิจัย ทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

13. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

14. ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีค่าชดเชยการเสียเวลา แก่อาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับค่าชดเชยการเสียเวลา ท่านละ 300 บาท ต่อการเข้าร่วมการวิจัยใน 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 8 ครั้ง และในระหว่างการวิจัยผู้วิจัยจะจัดอาหารและน้ำดื่มสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยทุกครั้ง และในกลุ่มควบคุม จะได้รับค่าชดเชยการเสียเวลา ท่านละ 50 บาท ในการเข้าร่วมการวิจัยใน 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 2 ครั้ง

15. “หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381”

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอัญชลี ตักโพธิ์ ตำแหน่ง นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่อยู่ติดต่อ หอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ เลขที่ 210/ ตำบลอาจสามารถ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม รหัสไปรษณีย์ 48000

โทรศัพท์ 0-4-253-9000 โทรศัพท์มือถือ 0 9XXX XXXX

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีทั้งหมด 8 กิจกรรม ใช้ระยะเวลากิจกรรมละ 100 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งในกิจกรรมจะมีการบ้านให้กลับไปทำในทุกๆ สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้ สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมร่วมมือร่วมใจ 2) กิจกรรมฟันฝ่าอุปสรรค 3) กิจกรรมรู้จักตน พัฒนาตน 4) กิจกรรมสื่อสารอย่างไรให้คนรัก 5) กิจกรรมกายเข้าแข็งใจเบิกบาน 6) กิจกรรมนาฬิกาชีวิต 7) กิจกรรมชุมชนพึ่งใจ 8) กิจกรรมดอกไม้ให้คุณ

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อการรักษาและต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง อาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกัข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูล สำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(นางสาวอัญชลี ตักโพธิ์)	(.....)
ผู้วิจัยหลัก	อาสาสมัครวิจัย
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
พยาน	พยาน
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของคุณเพียงข้อเดียว ในแต่ละข้อและเติมคำลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลที่เป็นจริง “ท่านมีสิทธิจะตอบหรือไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ”

1. อายุ..... ปี

2. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

3. สถานภาพสมรส

1. โสด

2. คู่

3. หม้าย

4. หย่า

5. แยกกันอยู่

6. อื่นๆระบุ.....

4.

.

.

.

.

9.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ท่านกระทำจริงโดยใช้เกณฑ์ต่อไปนี้

ประจำ หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านทำเป็นประจำทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

บ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านทำบ่อยๆ เว้นบ้างเป็นบางวันหรือเป็นคราเท่านั้น

บางครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านทำเป็นบางครั้งเว้นระยะไปนานจึงจะทำสักครั้ง

เกือบหรือไม่เคยทำ หมายถึง กิจกรรมนั้นท่านแทบจะไม่เคยทำเลยหรือไม่เคยทำเลย

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	เกือบหรือไม่เคยทำ
1. ท่านระลึกเสมอว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญในชีวิตของท่าน				
2. ระหว่างการพูดคุยกับคนอื่นท่านจะตรวจสอบว่าทั้งสองฝ่ายมีความเข้าใจในเรื่องที่พูดตรงกันหรือไม่				
3. ท่านคิดวางแผนการทำงานของทาล่วงหน้า				
4. ท่านสนใจศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นในแต่ละช่วงของชีวิต				
5. ท่านพยายามสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนทั้งหญิงและชาย				
.				
.				
.				
.				
60.ท่านค้นหาความสามารถ				

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

แผนการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง แนวทางการจัดกิจกรรมกลุ่มอย่างมีระบบ และเป็นขั้นตอนสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรับยาหรือรับยาแทน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จังหวัดนครพนม ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 100 นาที ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ มีการบ้านให้กลับไปทำที่บ้าน โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำการบ้านวันละ 15 นาที และโทรติดตาม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรับยาหรือรับยาแทน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จังหวัดนครพนม จำนวนสมาชิกกลุ่ม 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ซึ่งกลุ่มทดลองจะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 ร่วมมือร่วมใจ (100 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถดังนี้
- แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
- มีความตั้งใจในการเข้าร่วมกลุ่มจนครบ 8 ครั้ง

กิจกรรม

การประเมินผล -สังเกตจากพฤติกรรมและความสนใจ ยิ้มแย้มแจ่มใส สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม และบอกความต้องการในการเข้าร่วมกลุ่มจนครบ 8 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 ฟันฝ่าอุปสรรค (100 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถดังนี้
- ระบุปัญหาที่แท้จริงของตนเองได้
- วิเคราะห์แนวทางในการแก้ปัญหาของตนเอง

กิจกรรม

การประเมินผล -สังเกตจากพฤติกรรมและความสนใจ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางในการแก้ปัญหาของตนเองและสมาชิกในกลุ่ม โดยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมและบรรยากาศขณะเข้ากลุ่ม

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 รู้จักตน พัฒนาตน (100 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถดังนี้
- อธิบายบุคลิกลักษณะ อุปนิสัย ข้อดี และข้อด้อยของตนเองได้

	-วิเคราะห์แนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อพัฒนาตนเอง
กิจกรรม
การประเมินผล	-สังเกตจากพฤติกรรมและความสนใจ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม การแลกเปลี่ยนแนวทางในการพัฒนาตนเองและเสนอแนะการพัฒนาตนเองของสมาชิกภายในกลุ่ม โดยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมและบรรยากาศขณะเข้ากลุ่ม
สัปดาห์ที่ 4	กิจกรรมที่ 4 สื่อสารอย่างไรให้คนรัก (100 นาที)
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถดังนี้ -วิเคราะห์อุปสรรคและแก้ปัญหาในการสื่อสารได้ -สาธิตบทบาทของผู้รับสารและส่งสารได้อย่างเหมาะสม
กิจกรรม
การประเมินผล	-สังเกตจากพฤติกรรมและความสนใจ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม และช่วยกันวิเคราะห์อุปสรรคในการสื่อสาร สาธิตบทบาทของผู้รับสารและส่งสาร โดยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมและบรรยากาศขณะเข้ากลุ่ม
สัปดาห์ที่ 5	กิจกรรมที่ 5 กายเข้มแข็ง ใจเบิกบาน (100 นาที)
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถดังนี้ -บอกความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจได้ -เลือกวิธีการสร้างสมดุลของร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง -ฝึกหัดการทำสมาธิด้วยตนเอง
กิจกรรม
การประเมินผล	-สังเกตจากพฤติกรรมและความสนใจ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยกลุ่มเลือกและสาธิตวิธีการสร้างสมดุลของร่างกายและจิตใจได้เหมาะสมกับสมาชิกภายในกลุ่ม และฝึกสมาธิได้ด้วยตนเอง โดยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมและบรรยากาศขณะเข้ากลุ่ม
สัปดาห์ที่ 6	กิจกรรมที่ 6 นาฬิกาชีวิต (100 นาที)
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถดังนี้ -บอกความสำคัญของการบริหารเวลา -เขียนแผนการบริหารเวลาได้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

กิจกรรม

การประเมินผล -สังเกตจากพฤติกรรมและความสนใจ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม ระดมความคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเขียนแผนกิจกรรมประจำวันได้อย่างเหมาะสม โดยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมและบรรยากาศขณะเข้ากลุ่ม

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมที่ 7 ชุมชนพึ่งใจ (100 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถดังนี้

- เลือกใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถขอความช่วยเหลือตรงตามปัญหาที่เกิดขึ้นของตนเอง
- ยกตัวอย่างแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถขอความช่วยเหลือตรงตามปัญหาที่เกิดขึ้นของสมาชิกในกลุ่ม

กิจกรรม

การประเมินผล -สังเกตจากพฤติกรรมและความสนใจ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเลือกใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมตรงกับปัญหาของตนเองและสมาชิก โดยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมและบรรยากาศขณะเข้ากลุ่ม

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมที่ 8 ดอกไม้ให้คุณ (100 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถดังนี้

- สะท้อนการเรียนรู้พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
- เกิดพันธะสัญญาร่วมกันในดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตต่อเนื่อง

กิจกรรม

การประเมินผล -สังเกตจากพฤติกรรมและความสนใจ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนการเรียนรู้พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของตนเอง และสมาชิกเกิดพันธะสัญญาร่วมกันในดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

ภาคผนวก ง

การทดสอบทางสถิติ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) ดังนี้

1. ทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ด้วยสถิติ ที ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)
2. ทดสอบผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองด้วยสถิติ ที ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ซึ่งก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตามหลักความน่าจะเป็น ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (sample random sampling)
2. ตัวแปรตามทีวัด มีมาตราวัดแบบอันตรภาค (interval scale) ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale)
3. มีการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (normal distribution) โดยพิจารณาจากค่า Shapiro - Wilk เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50

ตารางที่ 1 การทดสอบการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	Shapiro-Wilk		
	statistic	df	sig
กลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง	.97	30	.61
กลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง	.93	30	.35

จากตารางพบว่าค่า significance ของ Shapiro - Wilk ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด (.05) จึงสรุปได้ว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีการกระจายแบบปกติ

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายแบบปกติซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงใช้สถิติทดสอบค่าที (t - test) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบนัยสำคัญความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (test for significant difference of mean score) (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)



ภาคผนวก จ
สัญลักษณ์ในการนำเสนอข้อมูล

n	หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
M	หมายถึง ค่าเฉลี่ยของข้อมูล
SD	หมายถึง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
p-value	หมายถึง ระดับนัยสำคัญ
χ^2	หมายถึง ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square), ค่าฟิชเชอร์ (Fisher Exact Test)
t	หมายถึง ค่าสถิติที ที่ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต
df	หมายถึง ชั้นของความเป็นอิสระ

ภาคผนวก ฉ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ธีัญญาดี อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ดร.สุกมา แสงเดือนฉาย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
3. นางเพชรี คันธสายบัว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวอัญชลี ตักโพธิ์
วัน เดือน ปี เกิด	เดือนเมษายน พ.ศ.2528
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
ประสบการณ์ทำงาน	พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2554 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช พ.ศ. 2555 - พ.ศ. 2559 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ พ.ศ.2559 - ปัจจุบัน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์