

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

The Effect of Group Social Support Program on Quality of Life in Persons with Schizophrenia's Caregivers

วารกรณ์ สินธุโสภา** เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์*

Waraporn Sinthusopa** Pennapa Dangdomyouth*

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 39 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่หาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการหรือมารับยาแทนผู้ป่วย ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ จัตุจักรให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยรายได้ของครอบครัวและภาวะสุขภาพ ใช้การสุ่มอย่างง่าย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 19 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือสองชุดหลังมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.79 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลโดยเน้นการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล อันจะช่วยให้เกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท, โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

Corresponding Author: *E-mail: dpennapa@gmail.com **นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย This study was supported by Graduate School and Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research were to compare quality of life in persons with schizophrenia's caregivers before and after received the group social support program, and to compare quality of life in persons with schizophrenia's caregivers who received the group social support program and those who received regular nursing care. Research sample were 39 caregivers of persons with schizophrenia who met the inclusion criteria from outpatient department, Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. They were matched-pairs by family income and health status and then randomly assigned into experimental group with 19 subjects and control group with 20 subjects. Research instruments were the group social support program, schizophrenia caregiver quality of life questionnaire, and social support scale. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the two latter instruments were reported by using Cronbach's Alpha coefficient as of 0.79 and 0.80 respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation and t-test.

Major findings were as follows: the mean score of quality of life in persons with schizophrenia's caregivers after received the group social support program was significantly higher than that before, at the .05 level; the mean score of quality of life in persons with schizophrenia's caregivers who received the group social support program were significantly higher than those who received regular nursing care, at the .05 level. Therefore, the program developed by this research can improve the quality of life in caregivers of persons with schizophrenia. It can be used as a guideline for the development of nursing service models, focusing on helping caregivers of persons with schizophrenia in the family to improve the quality of life of caregivers. It will help to care for persons with schizophrenia effectively.

Keywords: Quality of life, Caregiver of persons with schizophrenia, Group Social Support Program

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม ถือเป็นความเจ็บป่วยที่ยากต่อการดูแลรักษาและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 53-72¹ ความเรื้อรังของโรคจิตเภทส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีพยาธิสภาพอารมณ์มากขึ้น จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องอาศัยผู้ดูแลให้การช่วยเหลือจึงจะสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันโรงพยาบาลจะรับผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันเพื่อบรรเทาอาการทางจิตที่รุนแรงหรือกำเริบเท่านั้น จากนั้นผู้ป่วยจิตเภทก็จะได้รับการจำหน่ายและผลักดันให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยยังมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 80 กลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัว² สมาชิกในครอบครัวต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก เพื่อให้มีอาการทางจิตทุเลาลงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลของการรักษา โดยในแต่ละวันผู้ดูแลต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน คอยสังเกตอาการ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและยาอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษา และต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วยในทุกๆ เรื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงงานในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ตนเองปฏิบัติอยู่³ นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจิตเภทตลอดเวลา ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วย⁴ ส่งผลต่อชีวิตประจำวันและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านความผาสุกทางกายและจิตใจ พบว่าการที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ สุขภาพเสื่อมโทรม ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง บางรายได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย และทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเศร้าทุกขใจ เมื่อไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้⁵ ด้านภาวะ

ทางด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่าการที่ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลายาวนานโดยที่ไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดลงเมื่อใด ทำให้ผู้ดูแลมีสภาพจิตใจที่บอบช้ำ ดึงเครียดอยู่ตลอดเวลา ควบคู่กับความรู้สึกหมดกำลังใจ มีการแสดงอารมณ์ต่อกันมากขึ้น มีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต มีผลกระทบต่อการทำงาน การบริหารเวลาและกิจกรรมทางสังคมของผู้ดูแล การพักผ่อนหย่อนใจก็ลดลง แยกตัวจากสังคม และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด⁵ ด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาได้รับผลกระทบมากที่สุดเนื่องจากทำให้เกิดความรู้สึกว่าความห่วงใยและเอื้ออาทรอันดีสามีภรรยาเปลี่ยนไปซึ่งสร้างความทุกข์ใจให้กับผู้ดูแลอย่างมาก⁶ ด้านความสัมพันธ์กับทีมจิตเวช พบว่าผู้ดูแลที่ไม่พึงพอใจต่อบริการของทีมจิตเวชมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ดูแลที่พึงพอใจต่อบริการ⁷ ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว พบว่าเกิดความคลุมเครือในการทำบทบาทหน้าที่ในครอบครัว พบปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างสมาชิกครอบครัวที่มีบทบาทเป็นผู้ดูแล⁴ เกิดความขัดแย้งกันในครอบครัวเสมอ⁸ ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน พบว่าผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณไม่สามารถไปสังสรรค์กับเพื่อนฝูงได้ เนื่องจากไม่สามารถทอดทิ้งผู้ป่วยไว้ตามลำพัง รู้สึกว่าตนเองถูกแยกตัวจากสังคมและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน⁹ และด้านภาระทางด้านทรัพยากรสนับสนุน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมักจะถูกกีดกันออกจากสังคม จึงทำให้ขาดการสนับสนุนทางสังคม

การขาดคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังจะเห็นได้จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท¹⁰ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 66.67 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศชิลีและฝรั่งเศส มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ¹¹ หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นจะทำให้ผู้ดูแลมีความเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 41 มีคะแนนการประเมินภาวะสุขภาพเข้าเกณฑ์ที่น่าจะเป็นโรคทางจิต (วิตกกังวล หรือ ซึมเศร้า)⁵ ซึ่งเกิดจากความเครียดในการดูแล

โดยตรง และส่งผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและผู้ป่วยเกิดการกลับเป็นซ้ำมากขึ้นตามมาจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย ภาระในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลและสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและยังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล¹² และจากผลการศึกษา¹³ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 68.2 ต้องการการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต่ำถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยและจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก⁵ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังถือเป็นภาระที่หนักยิ่ง ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังล้วนต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด และการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ และสภาพอารมณ์ที่มีต่อความเครียดจากการดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ดูแลจะมีส่วนช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้ดีขึ้นและการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย¹⁰ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจแก้ไขปัญหาค่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะประโยชน์กับผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขนำไปปรับใช้ในการให้บริการและพัฒนาการบริการในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐาน

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁴ ซึ่งอธิบายว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่างๆ ทำให้เกิดเกิดความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจกัน ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ร่วมกับแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram¹⁵ เป็นกระบวนการเรียนรู้ของสมาชิกกลุ่มที่มีตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป มีปฏิสัมพันธ์กัน มีแรงจูงใจในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วมกัน ซึ่งสมาชิกกลุ่มมีอิทธิพลต่อกัน โดยมีผู้นำกลุ่มเป็นผู้จัดกระบวนการ เอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอแนะวิธีการต่างๆ กันเองจนเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ภายใต้บรรยากาศที่รู้สึกปลอดภัย ให้เกียรติ ยอมรับ ไว้วางใจ และให้กำลังใจ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้ดีขึ้น ประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ การประเมินค่าสถานการณ์และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดและกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์เพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร กิจกรรมที่ 4

การพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล การสนับสนุนด้านทรัพยากร กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนและ กิจกรรมที่ 6 สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการหรือมารักษาแทน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี จังหวัดนครราชสีมา โดยมีเกณฑ์คัดเลือกได้แก่ เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย เป็นผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ โดยคู่สมรสยังมีชีวิตอยู่และอาศัยอยู่ด้วยกัน เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำลงมา (ตั้งแต่ 62 คะแนนและต่ำกว่าลงมา) จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคือ 12 คน และหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะกับการวิจัยแบบทดลอง ควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยเท่ากับ 30 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องรายได้ของครอบครัวและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ในระหว่างดำเนินการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง Drop out จำนวน 1 คน เนื่องจากไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน จึงทำให้คงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 39 คน

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดของ House¹⁴ และ Marram¹⁵ จำแนกเป็น 6 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรง

เชิงเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และภายหลังปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วผู้วิจัยได้นำไปประเมินฯ ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยแปลมาจาก The Schizophrenia Caregiver Quality of Life questionnaire (S-CGQoL) ของ Richieri et al.¹⁶ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยพบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.8 และพบค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .79

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปรับปรุงโดยจิราพร รักการ เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแล้ว ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ และพบค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองว่าภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 6 กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ขึ้นไป โดยผู้วิจัยทำการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกคน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2560 (รหัสโครงการ 008/2560) ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การถอนตัวออกจากการวิจัย โดยเน้นย้ำว่าข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอด ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองประเมินอาการ การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ดูแล การให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เช่น การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา วิธีสังเกตอาการเตือนอาการนำก่อนอาการกำเริบ วิธีการใช้ยาจิตเวช การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย วิธีการผ่อนคลายเครียด การให้สุขภาพจิตศึกษาในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการส่งต่อแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

2) กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มโดยมีบทบาทเป็นผู้นำกลุ่มด้วยตนเองทุกครั้ง เริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 28 มกราคม 2561 จนถึงวันที่ 5 มีนาคม 2561

การประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมที่ 6 ในอีก 1 สัปดาห์ต่อมา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired Sample T-test) หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent T-test) หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้มีจำนวน 39 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 19 คน ส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.9 และ 80.0 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 68.4 และ 90.0 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่และคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 100 และส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 89.5 และ 85.0 ตามลำดับ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย เกษตรกรรม ร้อยละ 21.1 เท่ากันและรับราชการ ร้อยละ 10.5 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 60.0 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เพียงพอจากรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 84.2 และ 85.0 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 และส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีภาวะ

สุขภาพแข็งแรงดี คิดเป็นร้อยละ 73.7 และ 75.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทแบบเป็นมารดา ร้อยละ 47.4 และ 40.0 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.4 กลุ่มควบคุมมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.0 ระยะเวลาในการดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.1 ระยะเวลาในการดูแลในกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วง 1-5 ปี และ 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 39)

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 19)						
ก่อนการทดลอง	58.15	5.38	ต่ำ	18	-9.57	.000*
หลังการทดลอง	82.00	10.37	ปานกลาง			
กลุ่มควบคุม (n = 20)						
ก่อนการทดลอง	60.15	3.23	ต่ำ	19	0.06	.949
หลังการทดลอง	60.10	3.16	ต่ำ			

*p< .05

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง (\bar{X} = 82.00, S.D.=10.37) สูงกว่าก่อนการทดลอง (\bar{X} = 58.15, S.D.=5.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตหลังการทดลองอยู่ในระดับที่สูงกว่าก่อนการทดลองโดยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 58.15-82.00) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง (\bar{X} = 60.10, S.D. = 3.16)

ไม่แตกต่างจากคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง (\bar{X} = 60.15, S.D. = 3.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันโดยอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} = 60.15-60.10) สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 นั่นคือคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง (n = 19)						
กลุ่มทดลอง	58.35	5.31	ต่ำ	38	-1.29	.203
กลุ่มควบคุม	60.15	3.23	ต่ำ			
หลังการทดลอง (n = 20)						
กลุ่มทดลอง	82.00	10.37	ปานกลาง	37	9.01	.000*
กลุ่มควบคุม	60.10	3.16	ต่ำ			

*p< .05

จากตารางที่ 2 พบว่าก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 58.35-60.15$) แต่เมื่อพิจารณาภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 82.00$, S.D. = 10.37) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 60.10$, S.D. = 3.16) มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่สูงกว่า (ระดับปานกลาง $\bar{X} = 82.00$) กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ระดับต่ำ $\bar{X} = 60.10$) สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผล

1. การที่คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เนื่องมาจากตัวผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น จากการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นทำให้ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้วิธีการและสามารถนำวิธีการแก้ปัญหามาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของตนเองได้ โดยแต่ละกิจกรรมสามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การประเมิน

ค่าสถานการณ์และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเป็นการสนับสนุนด้านการประเมินค่า การให้กำลังใจและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ มีบรรยากาศที่เป็นกันเองและอบอุ่น สนับสนุนให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เล่าประสบการณ์ของตนเอง และระบายความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจ เห็นใจกัน ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวกับสภาพปัญหาของตนเอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไปในทางที่ดีขึ้น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพต่อไป¹⁷ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้รับการสอน และให้ความรู้จากผู้วิจัย ซึ่งเป็นวิธีการที่จะพัฒนาความรู้ ทักษะและความสามารถในการแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ตนกำลังประสบปัญหาอยู่ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการ และนำไปสู่การปฏิบัติได้ การที่ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผลทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองและทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม¹⁸ กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด เป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม และเป็นการช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นคงทางอารมณ์และสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดียิ่งขึ้น¹⁹ กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการ

จัดการกับอารมณ์ เพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ดูแล ผู้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการแสดงออกทางอารมณ์ มีความรู้ ความเข้าใจถึงแนวทางในการแสดงออกทางอารมณ์ กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลดีต่อสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล กับผู้ป่วยและครอบครัวทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยวและมีกำลังใจ ในการทำบทบาทผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลมีการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษา²⁰ ที่พบว่า การบำบัด ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีประสิทธิผลในการลดภาวะการดูแลและลดการแสดงออก ทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมซึ่งส่งผลให้ลดอาการกำเริบและการ กลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย เพิ่มการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมที่ 4 การพัฒนา ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและฝึกทักษะการดูแล เป็นการสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสาร การที่ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และวิธีการเผชิญปัญหาในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความทุกใจ กังวลใจลดลง รู้สึกถึงการรับภาระการดูแลน้อยลง เป็นการช่วย ให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาการเจ็บป่วย รับรู้ข้อจำกัดของโรคจิตเภท มีความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาด้วย ตนเอง มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลอยู่ในครอบครัวอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขมากยิ่งขึ้น²¹ กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการเข้าถึงแหล่ง สนับสนุนในชุมชน เป็นการสนับสนุนด้านทรัพยากร การส่งเสริม ให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้งที่เป็นตัวบุคคล และองค์กร รวมทั้งแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่เหมาะสมกับความต้องการของตนเองและครอบครัวมากขึ้น รู้ถึงวิธีการและขั้นตอน ในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม เหล่านั้นได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีพลังและมั่นใจเมื่อ ต้องการขอความช่วยเหลือทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคม หรือชุมชนที่อาศัยอยู่มีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม กิจกรรมที่ 6 สรุปประเมินผลและยุติกลุ่ม เป็นการทบทวนทุกกิจกรรมที่ได้ ดำเนินการผ่านมาและให้ผู้ดูแลแบ่งปันประสบการณ์ในการนำ ความรู้และทักษะต่างๆ ที่ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมไปใช้ จริงที่บ้าน รวมทั้งพูดคุยถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นและ วิธีการแก้ไขปัญหานั้นเพื่อให้ผู้ดูแลคนอื่นๆ ในกลุ่มได้รับรู้ ได้แลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ ผู้ดูแลได้ซักถามประเด็นข้อสงสัยต่างๆ ทำให้ผู้ดูแลเกิดขวัญ กำลังใจและความมั่นใจในการทำบทบาทของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น

2. การที่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้ รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมแบบ กลุ่มตามโปรแกรมฯ เป็นรูปแบบกิจกรรมที่เน้นให้สมาชิกในกลุ่ม มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และให้การ สนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งแตกต่างจากการพยาบาลตามปกติที่ จะเน้นให้ความรู้แบบรายบุคคล โดยพยาบาลจะทำการประเมิน สภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล พร้อมกับให้คำแนะนำให้ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และให้คำปรึกษาตามสภาพ ปัญหาและแจกเอกสารแผ่นพับให้ความรู้ ซึ่งการให้ความรู้แบบ ทั่วไปกับผู้ดูแลดังกล่าวอาจไม่ตรงประเด็นกับปัญหาและความ ต้องการของผู้ดูแลในขณะนั้น ทำให้ผลของการให้ความรู้ไม่เป็น ที่พึงพอใจและไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร การให้คำปรึกษา แบบรายบุคคลนั้นผู้ดูแลอาจจะได้รับการพยาบาลที่ไม่ ครอบคลุมเพียงพอจากข้อจำกัดในระยะเวลาในการให้บริการ ตามที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ และประการหนึ่งคือผู้ดูแลไม่ได้รับ การบำบัดจากกิจกรรมเหมือนกับในกลุ่มทดลอง²² จึงส่งผลให้ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมไม่มีความ แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่ารูปแบบการพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสามารถเพิ่ม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากกว่าการพยาบาลตามปกติ จึงเป็นอีกหนึ่งกิจกรรมการ พยาบาลที่มีคุณภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แบบกลุ่ม ไปใช้พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานด้าน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้พื้นฐานเรื่อง โรคจิตเภท มีความรู้เรื่องสิทธิของผู้พิการทางจิต เนื่องจาก พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ยังไม่ทราบถึงสิทธิของ ผู้พิการทางจิต นอกจากนี้ต้องมีทักษะการเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อให้ สามารถดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

1.2 การดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แบบกลุ่มกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจำเป็นต้องสร้างความ สัมพันธ์ที่ดีและคงไว้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม

ตามโปรแกรม เพราะสัมพันธ์ภาพที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความไว้วางใจ ซึ่งนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงควรเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

1.3 ในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม พยาบาลควรคำนึงถึงบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปรับเปลี่ยนเวลาให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล เช่น จัดกิจกรรมในช่วงเย็นของวันธรรมดา หรือในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ เนื่องจากผู้ดูแลบางรายต้องประกอบอาชีพ ออกไปทำงานนอกบ้าน เป็นต้น เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกและทำให้ผู้ดูแลสามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม

1.4 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนควรนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในการจัดรูปแบบกิจกรรมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อช่วยสร้างเครือข่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะส่งผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยในเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่ผู้ป่วยจะออกไปอยู่ในชุมชน ซึ่งจะส่งผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและมีความมั่นใจในการทำบทบาทผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มในระยะยาว เช่น ทุก 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เนื่องจากคุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มโรคอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มโรคอื่นๆ ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันเพื่อจะได้หาแนวทางในการช่วยเหลือพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต” บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

References

1. Laytrakul M. & Sukanich P. Ramathibodhi Essential Psychiatry. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Press. 2012. (in Thai).
2. Reuangtrakul S. Psychiatric textbook (10th ed.). Bangkok: Reuankaewkanpim. 2014. (in Thai).
3. Kasamkitwattana S. & Prisonthi P. Caregivers of chronic disease: The risk group should not be overlooked. Thai Journal of Nursing. 2014. 29(4): 22-31.
4. Paorohit W., & Booncharoenpanich S. Quality of Life of Air Force Retirees and Families with Chronic illness Received Palliative care. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017. 18(3): 244-250. (in Thai).
5. Hayes L., Hawthorne G., Farhall J., O'Hanlon B., & Harvey C. Quality of Life and Social Isolation Among Caregivers of Adults with Schizophrenia: Policy and Outcomes. Community Ment Health J. 2015. 51: 591-597.
6. Berg, D. The hidden client' women caring for husband with COPD: Their experience of quality of life. J Clin Nurs. 2002. 11(5): 613-621.
7. Wong D. F. K., Lam A. Y. K., Chan S. K., & Chan S. F. Quality of life caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. Health and Quality of life Outcomes. 2012; 10(15): 1-9.

8. Lueboonthavatchai O. Psychiatric Nursing. Bangkok: V-PRIN (1991) CO., LTD. 2011. (in Thai).
9. Thanikkul B. The Effect of Self-Help Group and Empowerment on Burden of Caregivers of Schizophrenic Patients in Community. [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University. 2011. (in Thai).
10. Lueboonthavatchai P., & Lueboonthavatchai O. Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. Journal of the Medical Association of Thailand. 2006. 89(3): 9-13. (in Thai).
11. Boyer L., Caqueo-Urizar A., Richieri R., Lancon C., Gutiérrez-Maldonado J., & Auquier P. Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: a cross-cultural comparison of Chilean and French families. BMC Fam Pract. 2012. Jul(6), 1-6.
12. Ergh T. C., Rapport L. J., Coleman R. D., & Hanks R. A. Predictors of caregiver and family functioning following traumatic brain injury: Social support moderates caregiver distress. Journal of Head Trauma Rehabilitation. 2002. 17: 155-174.
13. Yeh L. L., Hwu H. G., Chen C. H., Chen H. C., & Wu A. C. C. Factors Related to Perceived Needs of Primary Caregivers of Patients with Schizophrenia. J Formos Med Assoc. 2008. 17(8): 644-652.
14. House J. S. Work, Stress and Social Support. ReadingMA: Addison Wesley. 1981.
15. Marram G. K. The group approach in nursing practice. (2nd ed). Saint Louis: The C.V. 1978.
16. Richieri R., Boyer L., Reine G., Loundou A., Auquier P., Lancon C., & Simeoni M. C. The Schizophrenia Caregiver Quality of Life questionnaire (S-CGQoL): Development and Validation of an instrument to measure quality of life of caregivers of individuals with schizophrenia. schizophrenia Research. 2011. 126: 192-201.
17. Brand C., Barry L., & Gallagher S. Social support mediates the association between benefit finding and quality of life in caregivers. Journal of Health Psychology. 2016. 21(6): 1126-1136.
18. Lazarus R. S., & Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer. 1984.
19. Kasemsuk, P. Effects of Support Group Therapy on the Burden and Depression of Caregivers of Patients with Schizophrenia. [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University. 2008. (in Thai).
20. Lueboonthavatchai O. Family Intervention: Roles of Psychiatric Nurses. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2015. 29(1): 1-13.
21. Thongsai S. Caring for schizophrenic patients in a sustainable Thai context. Journal of Nursing Division. 2015. 3 (September-December): 159-167. (in Thai).
22. Homjandee J. The Effect of Social Support Emphasizing Community Participation Program on Burden of Community Schizophrenic Patients's Caregivers. [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University. 2016. (in Thai).