



## ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท\*

อัญชลี ดักโพธิ์ พย.ม.\*\*  
ชมชื่น สมประเสริฐ PhD\*\*\*  
เอกอุมา อัมคำ PhD\*\*\*

### บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรังและรุนแรง ทำให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลักโดยตรงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลหลักจึงควรได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ดูแลหลัก

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรับยาหรือรับยาแทน แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน และได้รับการจับคู่ ด้านเพศ และความเพียงพอของรายได้ สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง 3) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ซึ่งโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนเท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสถิติทดสอบที ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และ ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ( $M=232.03$ ,  $SD=2.10$ ) สูงกว่าก่อนทดลอง ( $M=161.40$ ,  $SD=11.96$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=32.30$ ,  $p<.001$ ) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ( $\bar{D}_1=70.63$ ,  $SD=11.97$ ) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ( $\bar{D}_2=1.46$ ,  $SD=5.17$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=29.03$ ,  $p<.001$ ) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเวช และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ เป็นต้น และควรมีการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาวต่อไป

**คำสำคัญ:** กลุ่มช่วยเหลือตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

\*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัย  
ธรรมศาสตร์

\*\*นักศึกษพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



## The Effects of A self-help Group Program on The Mental Health Self-Care of Schizophrenic Patients' Primary Caregivers\*

Anchalee Takpho M.N.S.\*\*

Chomchuen Somprasert PhD.\*\*\*

Ek-uma Imkome PhD.\*\*\*

### Abstract

Schizophrenia is a chronic and severe mental illness that requires long-term care by primary caregivers of these patients. Caring for patients with schizophrenia over an extended period of time affects caregivers' physical, mental and emotional health. As a result, primary caregivers need mental support to prevent mental health and psychiatric problems.

The purpose of this pre-posttest, quasi experimental research 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 who met the inclusion criteria were matched according to age and adequacy of income and randomly assigned to the experimental and control group, with 30 subjects in each group. The experimental group received a self-help group program once a week for a total of 8 weeks. The control group received regular caring activities. The research instruments were 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 of .94. Data were analyzed by descriptive statistics, dependent t-test, and independent t-test.

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 ( $\bar{X} = 232.03$ ,  $SD=2.10$ ) was statistically significant higher than before participating in the program ( $\bar{X} = 161.40$ ,  $SD=11.96$ ) ( $t=32.30$ ,  $p<.001$ ). 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 ( $\bar{D}_2 = 1.46$ ,  $SD=5.17$ ) ( $t= 29.03$ ,  $p<.001$ ). The result of this study showed that self-help group program can enhance mental health self-care behavior of schizophrenic patients' primary caregivers. The findings suggest that implement in psychiatric caregivers and caregivers of patients with chronic illness such as cancer aids and should be assessed for its continuous effectiveness and sustainability.

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

\*Thesis Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

\*\*Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

\*\*\*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University



## บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของความคิดแต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม และสังคม<sup>1</sup> ซึ่งโรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรังและรุนแรง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ความสามารถมากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวช<sup>2</sup> ดังนั้นผู้ป่วยเกือบทุกรายจึงต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องแบบโรคเรื้อรัง<sup>3</sup> ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่และสมรรถนะทางสังคมเสื่อมไป ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่ นอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ<sup>4</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลือด้านชีวิตความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้าประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม และอาจได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้าย<sup>5</sup> และส่งผลกระทบโดยตรงด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลเกิดความเครียด และวิตกกังวลและมีอาการซึมเศร้า<sup>6</sup> ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกทุกข์ ท้อแท้ มีความทุกข์ทางด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง<sup>7</sup> และมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป<sup>8</sup> ด้านความเป็นอิสระของบุคคล ผู้ดูแลมีชีวิตความเป็นส่วนตัวย่อยลง ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง<sup>10</sup> ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า ผู้ดูแลมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและสังคมน้อยลง<sup>11</sup> ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ารักษาและค่าใช้จ่าย ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและบางครั้งผู้ดูแลต้องออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ ทำให้เกิดปัญหาด้านการเงิน และมีคุณภาพชีวิตลดลง<sup>12</sup> ด้านจิตวิญญาณและความเชื่อส่วนบุคคล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีชีวิตอยู่กับสภาพจิตใจ ที่บอบช้ำและตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา ซึ่งความรู้สึกเหล่านั้น ได้แก่ ความเศร้าโศก ความรู้สึกผิด หดท้อกำลังใจท้อแท้ และสิ้นหวัง<sup>13</sup>

จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลควรได้รับการระดับประคับประคองด้านจิตใจ ตลอดจนได้รับการดูแลเชิงรุกในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ดูแล<sup>9</sup> ซึ่งการที่บุคคลจะมีสุขภาพจิตที่ดีบุคคลจำเป็นต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นพื้นฐานของบุคคลที่พึงกระทำ มองเห็นคุณค่าของการกระทำ และตัดสินใจลงมือกระทำอย่างต่อเนื่อง จึงจะเกิดผลต่อการมี

สุขภาพจิตที่มีภาวะที่เป็นสุขได้ ซึ่งประกอบด้วย 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป<sup>14</sup> การที่บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีนั้นจะส่งผลให้บุคคลสามารถเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้การดูแลตนเองทั่วไปดีขึ้น สามารถจัดการกับเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงได้<sup>15</sup> เป็นการส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง ทำให้รู้จักใช้ศักยภาพในการพัฒนาตนเองและสังคม<sup>16</sup> และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความเครียด เมื่อบุคคลไม่เกิดความเครียดย่อมส่งผลให้มีสุขภาพจิตและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข<sup>1</sup>

กลุ่มช่วยเหลือตนเองเกิดจากการรวมตัวของสมาชิกด้วยความสมัครใจ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน เป็นการประคับประคองจิตใจ และการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม โดยบุคคลจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่มีประสบการณ์และสมาชิกในกลุ่มประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกันได้ร่วมระบายนความรู้สึกร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก<sup>18</sup> เพื่อสามารถปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ประสบการณ์ของแต่ละคนที่ได้รับ และแก้ไขปัญหานั้นผ่านพ้นภาวะต่างๆมาแล้วนั้นมาร่วมกันอภิปรายเพื่อให้สมาชิกมีแนวทางในการแก้ปัญหา และเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ ซึ่งการยอมรับ และการใช้ประสบการณ์จากกลุ่มเพื่อน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ และพฤติกรรม<sup>19</sup> และผู้วิจัยนำแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (EAP) เป็นตัวดำเนินกิจกรรมจะช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ภายในกลุ่มเพิ่มมากขึ้น เ้าการเรียนรู้ ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ของตนเองและของสมาชิกภายในกลุ่ม<sup>20</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรม การนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล พบว่าภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง<sup>21</sup> ในต่างประเทศมีการนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำลดลง<sup>22</sup> จากงานวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมา



เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเมื่อผู้ดูแลหลักมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีแล้ว จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

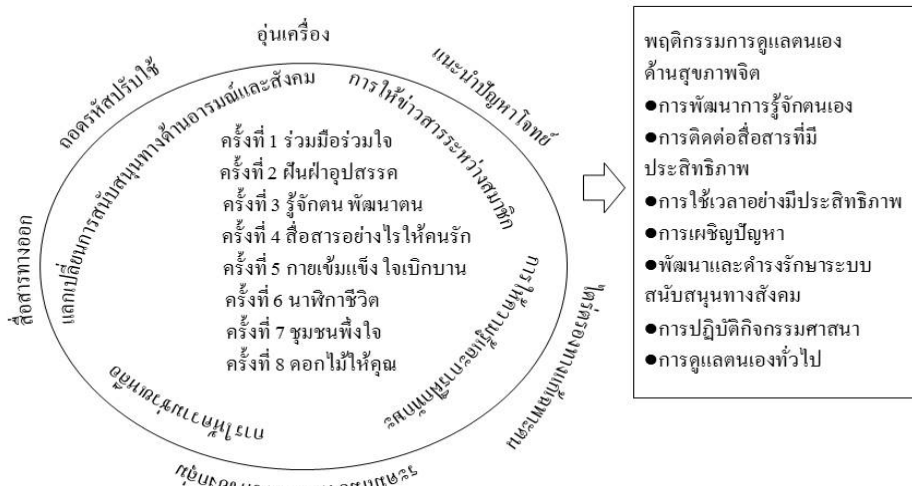
การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) ของวอลซ์ และ บลูเออร์<sup>18</sup> ซึ่งการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะได้รับการให้ความช่วยเหลือใน 4 ลักษณะ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (share emotional and social support) การให้ข่าวสารระหว่างสมาชิก (information) การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้และการพัฒนาทักษะ (education and skill development) และการให้ความช่วยเหลือ (advocacy) โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential activities planner : EAP)<sup>20</sup> มาเป็นตัวดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่มแต่ละครั้ง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 อุ่นเครื่อง (warm up) ขั้นที่ 2 แนะนำปัญหา/โจทย์ (problem identification) ขั้นที่ 3 ไตร่ตรองทางแก่เฉพาะตน (individual exploration) ขั้นที่ 4 ระดมสมองทางออก โดยกลุ่ม (group works) ขั้นที่ 5 สื่อสารทางออก (communication) ขั้นที่ 6 ถอดรหัสปรับใช้ (debriefing) ซึ่งเมื่อสมาชิกเข้ากลุ่มในระยะแรกสมาชิกภายในกลุ่มเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทเหมือนกัน จะทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่แตกต่างจากคนอื่น มีเพื่อนที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน เกิดการพูดคุยระหว่างสมาชิกด้วยกัน เกิดการแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (share emotional and social support) ส่งผลทำให้สมาชิกได้รับความเครียด ความคับข้องใจ สมาชิกกล้าแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก และเกิดความไว้วางใจกันภายในกลุ่ม โดย

กิจกรรมที่จัดให้ในช่วงแรก เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพและบรรยากาศการเรียนรู้ (warm up) เมื่อสมาชิกเกิดความไว้วางใจและพร้อมที่จะเรียนรู้แล้ว สมาชิกภายในกลุ่มตระหนักถึงปัญหาของตนเอง โดยผู้วิจัยใช้อุปายที่สร้างสรรค์ เช่น ภาพ วิดีโอ คำคม (problem identification) สมาชิกเกิดมโนภาพ และคิดค้นหาปัญหาของตนเอง นึกถึงความรู้เดิมที่ตนเองเคยรู้ แล้วตรวจสอบเพื่อทำความเข้าใจปัญหาจากมุมมองของตนและสร้างข้อคิดเห็นที่เกี่ยวกับทางออกของปัญหด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ (cognitive domain) จากนั้นสมาชิกนำความรู้ของตนที่มีมาช่วยกันระดมสมอง (group works) โดยสมาชิกช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ประคับประคองจิตใจกัน ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความเข้าใจซึ่งกันและกัน เกิดความรู้สึกมีคุณค่า และเชื่อมั่นในตนเอง มีโอกาสแสดงความคิดเห็น แสดงบทบาทต่อสมาชิกด้วยกัน เป็นผู้นำและผู้ตามในการแก้ปัญหาตามที่สมาชิกได้ประสบมา ซึ่งเป็นสิ่งชักจูงให้สมาชิกต้องมีการปรับปรุงตนเอง และมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์จากสมาชิกคนอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้มีโอกาสร่วมรับรู้ปัญหาของคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ทำให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาคนเดียว ได้รับการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร (information) ได้รับความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างไปจากเดิม (education and skill development) มีความกระฉับกระชวย เกิดการเรียนรู้ว่าจะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องและเหมาะสมและการให้ความช่วยเหลือระหว่างสมาชิก (advocacy) สมาชิกนำคำแนะนำไปสังเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งการยอมรับและการใช้ประสบการณ์จากกลุ่มเพื่อน จะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความสนใจ เจตคติ และความเชื่อขณะเข้ากลุ่ม (affective domain) ซึ่งในช่วงท้ายของการทำกลุ่มสมาชิกประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเองภายหลังเข้ากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ได้ร่วมกันจากการเข้ากิจกรรม การให้แรงเสริมทางบวก และสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งทางเลือกต่าง ๆ และโอกาสในการกระทำต่อเนื่อง และนำสิ่งที่ได้รับจากกลุ่มไปปรับใช้ (debriefing) เมื่อเข้ากลุ่มต่อเนื่องจะทำให้สมาชิกมีทักษะในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตตาม



มาก (psychological domain) จะเห็นว่าการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยใช้รูปแบบแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ จะช่วยให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด และทัศนคติ เกิดการพัฒนาทักษะอย่าง

ต่อเนื่องส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ ดังภาพ



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรับยาหรือรับยาแทน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชชนกนครินทร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่เจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคจิตเภทและมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติพี่น้อง 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี 3) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 4) สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนได้ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power version 3.1.9.2 คำนวณค่า effect size จากงานวิจัยของ เซน นอร์แมน และทอมสัน<sup>26</sup> โดยได้ค่า effect size เท่ากับ .72 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล (attrition rate) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20<sup>25</sup> จะได้กลุ่มตัวอย่าง 60 คน ซึ่งมีผู้ดูแลที่ผ่านเกณฑ์ จำนวนทั้งหมด 160 คน เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน โดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะ

ด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุดในด้านเพศ และความเพียงพอของรายได้ โดยจับคู่ทั้งหมด 30 คู่ จากนั้นสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2559 โดยกลุ่มทดลองได้รับการดำเนินการตามแผนการดำเนินกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ประกอบไปด้วย การซักประวัติของผู้ป่วยจิตเภท จากผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท การประเมินอาการทางร่างกายและจิตใจ การแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การรับประทานยาต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัด

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และโรคประจำตัวอื่น ๆ 2) แบบวัดพฤติกรรมกรดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินของ จินตนา ยูนิพันธ์<sup>14</sup> มีข้อคำถามจำนวน 60 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 58 ข้อ และข้อความทางลบ 2 ข้อ แบ่งออกเป็นกรดูแลตนเองด้านต่าง ๆ 7 องค์ประกอบ คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง มี



จำนวน 12 ข้อ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีจำนวน 7 ข้อ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ มีจำนวน 6 ข้อ การเผชิญปัญหาที่มีจำนวน 11 ข้อ การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม มีจำนวน 5 ข้อ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีจำนวน 10 ข้อ และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จากกิจกรรมที่กระทำเป็นประจำ ถึงเกือบหรือไม่เคยกระทำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้ 1) ข้อความด้านบวก ตั้งแต่ 1 หมายถึง กิจกรรมนั้นเกือบหรือไม่เคยกระทำ จนถึง 4 หมายถึง กิจกรรมนั้นกระทำเป็นประจำ 2) ข้อความด้านลบ ตั้งแต่ 1 หมายถึง กิจกรรมนั้นกระทำเป็นประจำ จนถึง 4 หมายถึง กิจกรรมนั้นเกือบหรือไม่เคยกระทำ

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า เอกเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้กรอบแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) ของวอลซ์ และบลูเออร์<sup>18</sup> และผู้วิจัยนำแผนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential activities planner : EAP)<sup>20</sup> มาเป็นตัวดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่ม โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 100 นาที ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ มีการบ้านวันละ 15 นาที และมีการโทรติดตาม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมร่วมมือร่วมใจ เป็นการเตรียมพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างสมาชิกเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โครงสร้าง กติกา สมาชิกแลกเปลี่ยนรู้สึกเมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วยจิตเภท คู่มือโอแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิต กระตุ้นให้สมาชิกตระหนักถึงการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และเกิดแรงจูงใจในการเข้ากลุ่ม การบ้านเรื่องการเผชิญปัญหา และโทรติดตาม 2) กิจกรรมฟันฝ่าอุปสรรค เพื่อให้สมาชิกวิเคราะห์แนวทางในการแก้ปัญหาของตนเอง ทบทวนการบ้าน สมาชิกแบ่งกลุ่มและช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์ และหาแนวทางในการแก้ปัญหาพร้อมกันและอภิปรายร่วมกันในกลุ่มใหญ่ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการแก้ไขปัญหเพิ่มเติม การบ้านเรื่อง รู้จักตน พัฒนาดน และโทรติดตาม 3) กิจกรรมรู้จักตน พัฒนาดน เพื่อให้สมาชิกวิเคราะห์แนวทางปฏิบัติเพื่อพัฒนาตนเอง ทบทวนการบ้าน สมาชิกแบ่งกลุ่ม สมาชิกแต่ละคนได้บอกถึงข้อด้อยของตนเอง สมาชิกในกลุ่มที่มีประสบการณ์ช่วยกันแนะนำวิธีการปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น อภิปรายใน

กลุ่มใหญ่ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการรู้จักตนเอง การบ้านเรื่อง การรู้จักตนเอง และโทรติดตาม 4) กิจกรรมสื่อสารอย่างไรให้คนรัก เพื่อให้สมาชิกมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทบทวนการบ้าน แบ่งกลุ่มวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาการสื่อสารในครอบครัว แสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัวที่เหมาะสม อภิปรายในกลุ่มใหญ่ และให้ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบ้านเรื่อง การสื่อสาร และโทรติดตาม 5) กิจกรรมกาย เข้มแข็งใจเบิกบาน เพื่อให้สมาชิกสร้างสมดุลด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม และฝึกสมาธิได้ด้วยตนเอง ทบทวนการบ้าน กิจกรรมดอกไม้บาน สมาชิกพูดคุยกันในกลุ่มเกี่ยวกับการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ ดูวิดีโอกายเข้มแข็งใจเบิกบาน และแบ่งกลุ่มสาธิตการดูแลร่างกายและจิตใจและอภิปรายร่วมกันในกลุ่มใหญ่ พร้อมทั้งฝึกหัดสมาธิ การให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการดูแลสุขภาพจิตตนเองและมอบคู่มือคลายเครียดของกรมสุขภาพจิต การบ้านเรื่อง การทำสมาธิ และโทรติดตาม 6) กิจกรรมนาฬิกาชีวิต เพื่อให้สมาชิกบริหารเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทบทวนการบ้าน สมาชิกเขียนตารางเวลาในแต่ละวันของตนเอง จากนั้นแบ่งกลุ่ม สมาชิกนำตารางเวลาของตนเองมาพูดคุยร่วมกันภายในกลุ่ม สมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การเสนอแนะและให้คำแนะนำในการแบ่งเวลาจากผู้ที่มีการประสบการณ์ภายในกลุ่ม การให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารเวลา การบ้านเรื่อง การบริหารเวลา และการสนับสนุนทางสังคมและโทรติดตาม 7) กิจกรรมชุมชนพึงใจ เพื่อให้สมาชิกสามารถเลือกใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมและขอความช่วยเหลือได้ตรงกับปัญหาของตนเอง ทบทวนการบ้าน แบ่งกลุ่มตามสถานการณ์เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม อภิปรายกลุ่มใหญ่ ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม การบ้านทบทวนเรื่องสิ่งที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มทั้งหมด 7 ครั้ง และโทรติดตาม 8) กิจกรรมดอกไม้ให้คุณ เป็นการสรุปกิจกรรมกลุ่ม เป็นการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยให้สมาชิกเล่าถึงสิ่งที่ได้รับจากการ เข้ากลุ่มทั้งหมดผ่านภาพกิจกรรมที่บันทึกไว้ แบ่งกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้รับ สะท้อนการเรียนรู้และเกิดพันธะร่วมกันในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ซึ่งการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 อุ่นเครื่อง ขั้นที่ 2 แนะนำปัญหา/โจทย์ ขั้นที่ 3 ไตร่ตรองทางแก้เฉพาะตน ขั้นที่ 4 ระดมสมองทางออกโดย



กลุ่ม ชั้นที่ 5 สื่อสารทางออก ชั้นที่ 6 ถอดรหัสรับใช้ และการติดตาม ในแต่ละครั้งจะสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ และการทำการบ้านว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ รวมทั้งความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมกลุ่มครั้งต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 1) โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้วิจัยนำแผนการดำเนินกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยแก้ไขโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 7 คน 2) การหาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ไปใช้ทดลองกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ป่วยมารับการรับยาหรือ รับยาแทน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนกนครินทร์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการวิจัย การมีสิทธิ์ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัย และการรักษาความลับ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจและยินยอมยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### การดำเนินการทดลอง

1. **ขั้นเตรียมการ** ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนกนครินทร์ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลแล้วประสานขอความร่วมมือแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนกนครินทร์ และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทดลองตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. **ขั้นดำเนินการทดลอง** 1) กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติโดยพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนกนครินทร์ ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท และทำแบบวัด

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อทำแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (post-test) และมอบคู่มือคลายเครียดของกรมสุขภาพจิต 2) กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และทำแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (pre-test) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยออกแบบกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 100 นาที ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ มีการบ้านวันละ 15 นาที และมีการติดตาม ประกอบด้วย 1) กิจกรรมร่วมมือร่วมใจ 2) กิจกรรมฟันฝ่าอุปสรรค 3) กิจกรรมรู้จักตน พัฒนาดน 4) กิจกรรมสื่อสารอย่างไรให้คนรัก 5) กิจกรรมกายเข้มแข็ง ใจเบิกบาน 6) กิจกรรมนาฬิกาชีวิต 7) กิจกรรมชุมชนพึ่งใจ 8) กิจกรรมดอกไม้ให้คุณ หลังการทดลองผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง ทำแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (post-test) ในสัปดาห์ที่ 8

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher Exact Test) การทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ด้วยสถิติ ที่ ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) การทดสอบผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองด้วยสถิติ ที่ ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

#### ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 76.7 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 70 และ 66.7 ตามลำดับ มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายเท่ากัน ร้อยละ 53.3 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.7 และ 70 ตามลำดับ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 43.3 และ 50 ตามลำดับ

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและ



กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) (ตารางที่ 1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่ม

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต        | กลุ่มทดลอง (n=30) | กลุ่มควบคุม (n=30) | df     | t     |            |
|------------------------------------------|-------------------|--------------------|--------|-------|------------|
| โดยรวมและรายด้าน                         | M                 | SD                 | M      | SD    |            |
| พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้าน |                   |                    |        |       |            |
| การพัฒนาการรู้จักตนเอง                   | 31.36             | 4.48               | 31.33  | 3.26  | 58 .03ns   |
| 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  |
| การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม | 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 |
| พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวม  | 161.40            | 11.96              | 163.56 | 11.93 | 58 .70 ns  |

<sup>ns</sup>  $p > .05$

3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของกลุ่มทดลอง

| พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวม<br>และรายด้าน | ก่อนการทดลอง |       | หลังการทดลอง |      | df | t        |
|--------------------------------------------------------|--------------|-------|--------------|------|----|----------|
|                                                        | (n=30)       |       | (n=30)       |      |    |          |
|                                                        | M            | SD    | M            | SD   |    |          |
| พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้าน              |              |       |              |      |    |          |
| 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*** |
| การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม               | 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*** |
| พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวม               | 161.40       | 11.96 | 232.03       | 2.10 | 29 | 32.30*** |

\*\*\*  $p < .001$



4) เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่ม ทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีผลต่างของ

ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ก่อนและหลังทดลองโดยรวมและรายด้าน มากกว่ากลุ่มที่ ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม

| พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้าน | กลุ่มทดลอง<br>(n=30) |       | กลุ่มควบคุม<br>(n=30) |      | df | t        |
|---------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------------------|------|----|----------|
|                                                   | $\overline{D}_1$     | SD    | $\overline{D}_2$      | SD   |    |          |
|                                                   |                      |       |                       |      |    |          |
| พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้าน          |                      |       |                       |      |    |          |
| การพัฒนาการรู้จักตนเอง                            | 15.50                | 4.65  | -0.13                 | 1.92 | 58 | 17.00*** |
| การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ                  | 7.57                 | 2.86  | -0.36                 | 2.00 | 58 | 12.43*** |
| ใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ                         | 6.30                 | 1.57  | 0.03                  | 1.09 | 58 | 17.84*** |
| การเผชิญปัญหา                                     | 15.37                | 3.88  | 0.13                  | 1.45 | 58 | 20.12*** |
| การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม          | 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*** |
| พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวม           | 70.63                | 11.97 | 1.47                  | 5.17 | 58 | 29.03*** |

\*\*\* p < .001

### การอภิปรายผล

1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วย จิตเภทหลังเข้าร่วม โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อภิปรายได้ว่า การดำเนินกิจกรรมทั้ง 8 กิจกรรม เป็นการสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ และกล้าแสดงความคิดเห็น ส่งเสริมการรู้จักตนเอง ผู้ดูแลได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น แสดงบทบาทต่อผู้ดูแลด้วยกัน เป็นผู้นำและผู้ตามในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่ผู้ดูแลประสบมา ซึ่งเป็นสิ่งชักจูงให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับปรุงตนเอง และมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น<sup>23</sup> ซึ่งลักษณะของกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นกันเองเพื่อสร้างความคุ้นเคย เป็นการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและเกิดการเรียนรู้กันภายในกลุ่ม ซึ่งบรรยากาศในการเข้าร่วมกิจกรรมและสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น

ระหว่างผู้ดูแล ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกลุ่ม เกิดความรู้สึกลดตึงเครียด อบอุ่นใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน การให้แรงเสริมทางบวกแก่ผู้ดูแลและให้โอกาสปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตให้ดีขึ้น เมื่อผู้ดูแลมาเข้ากลุ่มในครั้งที่ 2-8 ผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์จากผู้ดูแลคนอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้มีโอกาสร่วมรับรู้ปัญหาของคนอื่นๆ ในกลุ่ม ทำให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาคนเดียว ได้รับความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างไปจากเดิม มีความกระจำขึ้น เกิดการเรียนรู้ว่าจะจัดการกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้องและเหมาะสมได้อย่างไร อีกทั้งบรรยากาศการดำเนินกลุ่มไม่ตึงเครียด ซึ่งการเข้ากิจกรรมทั้ง 8 ครั้ง ครอบคลุมในเรื่องของการพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม



การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ซึ่งเป็นหัวข้อที่ผู้ดูแลอยากทราบและมีความสนใจเช่นเดียวกัน และกระบวนการกลุ่มทั้ง 8 ครั้ง ให้ความสำคัญกับผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลเป็นศูนย์กลางของกลุ่ม โดยกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้ง ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันมากกว่าส่วนอื่นๆ ซึ่งการยอมรับ และการใช้ประสบการณ์จากกลุ่มเพื่อน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ และพฤติกรรม<sup>19</sup>

2) ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อภิปรายได้ว่า การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้ผู้ดูแลได้รับการระดับประคองด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ได้มีโอกาสพบปะพูดคุย ได้รับข้อมูลเพิ่มมากขึ้นในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ได้แสดงความคิดเห็น และได้ช่วยกันหาแนวทางในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ซึ่งจากการที่สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน เกิดการยอมรับคำแนะนำและความคิดเห็นจากสมาชิกคนอื่นๆ สมาชิกในกลุ่มคอยกระตุ้นและส่งเสริมให้กำลังใจ และมีผู้วิจัยคอยตอบคำถามและให้ข้อมูลในโอกาสที่เหมาะสม ซึ่งมีส่วนส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้เป็นผลนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตไปในทางที่ดีขึ้น ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีโอกาสน้อยที่จะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือซักถามข้อสงสัย จึงทำให้ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งจากการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านอนามัยส่วนบุคคล และด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น<sup>24</sup>

#### ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมควรได้รับการพัฒนาเพื่อขยายผลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ เป็นต้น เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นตามมา

2. ควรมีการจัดอบรมให้ผู้นำกลุ่มหรือแกนนำของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการดำเนินการกลุ่ม เพื่อประสานงานกับสมาชิกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ ซึ่งจะคงไว้ซึ่งกลุ่มช่วยเหลือตนเองและสามารถพัฒนาให้คงอยู่เพื่อพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้การช่วยเหลือสมาชิกภายในกลุ่ม

3. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระยะยาวในระยะเวลา 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ และคณะกรรมการสอบทุกท่าน ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษา และขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จด้วยดี

#### References

1. Lueboonthavatchai O. Psychiatric and Mental Health Nursing (4<sup>th</sup> ed) . Bangkok : V print; 2011.
2. Phanthunan P, Theo V, Harvey W, Malinie B, Pichet U. Schizophrenia Thailand : prevalence and burden of disease. Population health matrices 2010; 20(3): 8-24.
3. Lelhanat T. Textbook schizophrenia. Songkhla : Kamuangkanpim; 2009.
4. Udomrat P, Wasickanon S. Textbook schizophrenia. Songkhla : Kamuangchanpim; 2009.
5. Yoetpanya D. The effect of coherence promoting program on quality of life of schizophrenic patients' caregivers in a community. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2014; 28(3): 63-74.
6. Kasamsuk P. Effects of support group therapy on the burden and depression of caregivers of patients with schizophrenia. Thai Red Cross Nursing Journal 2008; 2(1): 75-93.
7. Klamwong M. Factors affecting burnout and care behavior of caregivers of schizophrenic patients.



- Journal of Behavioral Science 2009; 22 (2): 57-75.
8. Mitsonis C, Voussoura E, Dimopoulos N, Psarra V, Kararizou E, Latzouraki E, et al. Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Social psychiatry and Psychiatric epidemiology* 2012; 43(3): 331-337.
9. Kaewumpa U. Relationships between personal factors burden and mental health in caregivers. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2012; 26(3): 127-143.
10. Chimsuk N. Selected factor related to psychological distress of family caregiver of schizophrenic patient. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2014; 28(3): 37-48
11. Ukpong D. Burden and psychological distress among Nigerian family caregiver of schizophrenia patient : The role of positive and negative symptom. *Turkis Journal of Psychiatry* 2011; 22 (3): 1-6.
12. Puengkatesontom N. The effect of family intervention on burden among family caregivers of schizophrenic patient in community. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2011; 25(2): 51-63.
13. Punjuy R. The effect of group counseling on coping ability of caregivers of schizophrenic patient in community. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2014; 28(3): 117-129.
14. Uniphan J. Factors Related to Psychological Self-Care of Thai People, Central Region [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1991.
15. Nattanu T. Effects of humanistic-based individual counseling for first time pregnant women on anxiety and mental health self – care behavior [Thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2008.
16. Tadmala M. Thee effect self-help group on sense of coherence in breast cancer patients undergoing. *Journal of Nursing Science & Health* 2012; 35(2): 72-82.
17. Narkprasert T. Promotion of metal health self-care behaviors in labourers [IS]. Khonkaen: Khonkaen University; 2007.
18. Walz G, Bleue C. Developing Support Groups for Students: Helping Students Cope with Crises. Michigan: ERIC; 1992.
19. Cole S. Self-help group: Comprehensive group phychotherapy .USA: Willian & Wilkins; 1983.
20. Jitrajinda S, kanha S. Children cognizant Thailand Advertising trick against children. Bangkok: Pimde; 2005.
21. Thanikkul P. The effect of self-help-group and empowerment on burden of caregivers of schizophrenic patients in community. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2012; 26(2): 74-86.
22. Chien W, Chan S. The effectiveness of mutual support group intervene tion for Chinese families of people with schizophrenia: A randomized controlled trial with 24-month follow-up. *International Journal of Nursing Studies* 2013; 50(5): 1326–1340.
23. Naklang K. Intervention of self-help group process to change tobacco smoking behavior [IS]. Khonkaen: Khonkaen University; 2013.
24. Kasipan P. Effect of using self-help group on self-care ability of psychiatric patient [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008.
25. Burns N, Grove S. The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization (3th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders; 1997.
26. Chien W, Norman I, Thompson D. A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies* 2004; 41(2): 637–649.