

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อ
ลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จ่านรรจ์ พลไพรินทร์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์
เรื่อง

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึก
เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

.....
นายจันรรจ์ พลไพรินทร์
ผู้ศึกษา

.....
รองศาสตราจารย์ ฐิติวัลลค์ ธรรมไพโรจน์
กศ.ม. (การแนะแนว)
ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นันทจันทร์
Ph.D.(Nursing)
กรรมการควบคุมสารนิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

.....
รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธุ์ภักดี
พย.ด.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สารนิพนธ์
เรื่อง

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึก
เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
วันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2551

.....
นายจันรรจ์ พลไพรินทร์
ผู้ศึกษา

.....
รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธุ์ภักดี, พย.ค
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ จิตติวัลลค์ ธรรมไพโรจน์
กศ.ม. (การแนะแนว)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ จารุวรรณ ต.สกุล
สศ.ม.(การแพทย์จิตภาพ)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นันทจันทร์
Ph. D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ศาสตราจารย์ นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน, พ.บ.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณา รองศาสตราจารย์จิตติวัลดุ์ ธรรมไพโรจน์ รองศาสตราจารย์จ้าวรรณ ต. สกุล ผศ. ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ รศ.ดร.อรสา พันธักดี ที่ให้ข้อเสนอแนะในการทำสารนิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องจนสารนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ตลอดจนเป็นกำลังใจให้นักศึกษามาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณาจารย์งานวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เจ้าหน้าที่ห้องสมุดและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ซึ่งผู้ศึกษามีโอกาสล่วงนามได้ทั้งหมด ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำตลอดเวลาของการศึกษาค้นคว้าผู้ศึกษารู้สึกประทับใจความกรุณาเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหน่วยจิตเวชฉุกเฉินของโรงพยาบาลศรีธัญญา ในการสนับสนุนให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสศึกษาต่อ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หน่วยจิตเวชฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีธัญญาทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการขึ้นเวรปฏิบัติงานแทนในเวลาที่ต้องมาศึกษาหรือพบอาจารย์รวมทั้งคอยให้กำลังใจ ตลอดตั้งแต่เริ่มต้นกระทั่ง สารนิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ ไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ นางศุภณิดย์ พลไพรินทร์ ภรรยา บุตรสาวและบุตรชาย ที่ให้ความช่วยเหลือในทุกเรื่องที่สามารถช่วยได้ และเป็นกำลังใจที่ดีอย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่ง สารนิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงด้วยดี

จันรรจ์ พลไพรินทร์

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกละเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท(AN ANALYSIS OF RESEARCH ON PSYCHOEDUCATION SUPPORT GROUPS FOR REDUCING THE BURDEN OF SCHIZOPHRENIA CAREGIVERS)

จันรรจ์ พลไพรินทร์ 4736750 RAMH / M

พย.ม (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ : ฐิติวัลลค์ ธรรมไพโรจน์, กศ.ม.(การแนะแนว)

พัชรินทร์ นินทจันทร์, Ph.D.(Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดความรู้สึกละเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยรวบรวมงานวิจัยจากฐานข้อมูลต่างๆ เช่น อิเล็กทรอนิกส์ และห้องสมุด มีงานวิจัยได้รับคัดเลือก 8 เรื่อง ได้ข้อมูลสำคัญที่นำมาสรุปเป็น 5 ส่วน คือ 1. ส่วนประกอบของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดความรู้สึกละเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1.1) ลักษณะและขนาดของกลุ่ม มีทั้งขนาดเล็ก (4 – 7 คน) ขนาดกลาง (8 -12 คน) และขนาดใหญ่ (20 - 40 คน) ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม 1.2) ผู้นำกลุ่มไม่จำกัดวิชาชีพ แต่ควรมีความรู้ความชำนาญ และมีประสบการณ์ในการทำกลุ่ม 1.3) สมาชิกคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยและเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้แก่ บิดา มารดา เป็นต้น 1.4) ระยะเวลาในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง ใช้ระยะเวลา 1 – 2 ชั่วโมง 1.5) ความถี่ในการดำเนินกลุ่ม : วันละ 2 ครั้ง ทุกสัปดาห์ ทุก 2 สัปดาห์ เดือนละ 1 ครั้ง และ 2 เดือนต่อ 1 ครั้ง 1.6) จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม : 3 – 8 ครั้ง 2. ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาเป็นการให้ความรู้ ที่มีการบรรยาย การอภิปราย การฝึกทักษะ มีเนื้อหา กิจกรรมประกอบด้วย 2.1) ความรู้ เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ และการรักษา 2.2) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2.3) การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียด 2.4) การพัฒนาทักษะทางสังคม 2.5) การสื่อสารของญาติและผู้ป่วย 2.6) การจัดการความคิดที่ไม่ถูกต้องและการปรับทัศนคติ 3. ปัจจัยบ่ามัดที่เกิดขึ้นจากการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ได้แก่ การให้และรับข้อมูลข่าวสาร การระบายความรู้สึก การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน ความเป็นหนึ่งเดียวกันของกลุ่ม การมีความหวัง การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ การเกื้อกูลกัน และการได้รู้ความจริงของชีวิต 4. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ดูแลได้แก่ แบบประเมินภาระการดูแล แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความสามารถ แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ แบบประเมินความพึงพอใจ 5. ผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกละเป็นภาระลดลง มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีทักษะในการเผชิญปัญหามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีอาการทางจิตสงบ มีสัมพันธภาพ กับผู้อื่น สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ลดการกลับมารักษาซ้ำ องค์ความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกละเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ : กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา / ความรู้สึกละเป็นภาระ / ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

AN ANALYSIS OF RESEARCH ON PSYCHOEDUCATION SUPPORT GROUPS
FOR REDUCING THE BURDEN OF SCHIZOPHRENIA CAREGIVERS.

JUMNAN PULPIRIN 4736750 RAMA/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORS: TITIWONE THUMAPIROJ, M.ED.
(GUIDANCE), PATCHARIN NINTACHAN, Ph.D., (NURSING)

ABSTRACT

This study analyzed the research on using a psychoeducation support group for alleviating the burden of caregivers of schizophrenic individuals. The research from an electronic database was searched, yielding 8 selected research items conforming to search criteria. The following major recommendations were obtained. 1. Components of a psychoeducation support group, i.e. : 1.1) Group characteristics and size should contain small, medium, and large group sizes of 4-12, 8-12, and 20-40 members, respectively, depending on the purpose of the group; 1.2) A group leader could be from any related field but should have the skills and experience of a therapeutic group leader; 1.3) The group members should be primary caregivers, i.e., parents, spouses; 1.4) Duration of group session should range from 1-2 hours; 1.5) Frequency of group session can be 2 times per day, once a week, twice a week, once a month, or one time per two months; 1.6) Numbers of group session should range from 3-8 times. 2. The group activities and contents included 2.1) knowledge of Schizophrenia: causes, symptoms, and treatment; 2.2) interpersonal relationships and motivation; 2.3) problem coping skills and stress management; 2.4) social skills; 2.5) effective communication between caregivers and patients; 2.6) eliminating negative thoughts and adjustment of attitude. 3. The curative factors of a psychoeducation support group were imparting information, catharsis, universality, group cohesiveness, instillation of hope, interpersonal learning, altruism, and existential factors. 4. Instruments used: the Caregiver Burden Assessment Form, the Knowledge Test Form, the Ability Assessment Form, the Emotional Expression Assessment Form, and the Satisfaction Survey. 5. The findings of a psychoeducation support group were that the burden of schizophrenia caregivers was decreased, they possessed more knowledge and competency in handling schizophrenia, and improved their coping skills. According to these findings, schizophrenia patients were calmer, improved their interpersonal relationships, performed better in their ADL, and had a decreased frequency of exacerbation and relapse. The results gained from the evidence can be applied to arrange effective psychoeducation support groups to reduce the burden of caregivers of schizophrenia patients.

KEY WORDS: PSYCHOEDUCATION SUPPORT GROUP / BURDEN
SCHIZOPHRENIA / CAREGIVER

93 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การศึกษา	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
คำจำกัดความ	3
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคจิตเภท	5
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	9
ภาระของผู้ดูแล	12
กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	18
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	
การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน	23
แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์	27
บทที่ 4 ผลการศึกษา	48
บทที่ 5 อภิปรายผล	54
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	61
สรุปผลการศึกษา	61
ข้อเสนอแนะ	64
บทสรุปแบบสมมุติภาษาไทย	65
บทสรุปแบบสมมุติภาษาอังกฤษ	76
บรรณานุกรม	86
ประวัติผู้ศึกษา	93

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	29

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ มีพฤติกรรม อารมณ์ ผิดปกติจากคนทั่วไป ไม่สามารถควบคุมอารมณ์พฤติกรรมได้ เป็นโรคที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นโรคที่มีลักษณะเรื้อรังและมีภาวะพึ่งพาสูง (กรมสุขภาพจิต, 2544) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งตกอยู่กับบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง (Rose, 1996; วรกช นิธิกุล, 2535; อร่ามศรี เกสจินดา, 2537) ซึ่งจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจัดได้ว่าเป็นงานที่หนัก ต้องใช้เวลา แรงกาย และจิตใจ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (Montgomery et al., 1985; Fallon et al., 1984) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วก็ตาม แต่โรคนี้อาการดำเนินของโรคเรื้อรังและกำเริบได้บ่อย ในระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น และตนเอง (มานิช หล่อตระกูล, 2542) และผู้ป่วยมีโอกาสป่วยซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2545) และผลของการรักษาพบว่า มีเพียงร้อยละ 25 ที่รักษาได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำ และร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน และร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ ต้องใช้เวลาในการรักษานาน (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

ภายหลังผู้ป่วยได้รับการบำบัดแล้ว อาการของโรคยังไม่หมดไปทีเดียวแต่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมทางจิตใจและการทำหน้าที่ทางสังคม เช่น อาการเฉยเมย เฉื่อยชา ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ภาระในการดูแลผู้ป่วย นอกจากจะดูแลความสะอาด รับประทานอาหารแล้วยังต้องดูแลเอาใจใส่ในเรื่องของอารมณ์ และจิตใจช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการกำเริบและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมอีกด้วย นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้อง คอยระมัดระวังตัวจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย ขณะมีอาการกำเริบหรือมีอาการประสาทหลอน หรือดูแลไม่ให้ผู้ป่วยไปทำร้ายคนอื่น อีกทั้งผู้ดูแลยังต้องทำหน้าที่และบทบาทในฐานะสมาชิกคนหนึ่งคนหนึ่งในครอบครัวฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและความรับผิดชอบในหน้าที่การทำงาน สิ่งเหล่านี้จึงส่งผลให้ผู้ดูแล ไม่มีเวลาเป็นของตัวเองเครียดและวิตกกังวลต่อการจัดการ

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย รู้สึกหวาดกลัวกับอาการทางจิตที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ มีปัญหาการปรับตัวทางสังคมเกิดความยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิตที่ขาดอิสระ (Loukissa, 1995) ซึ่งเป็นภาระที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์ ของผู้ดูแลและครอบครัวอย่างมากโดยเฉพาะช่วงที่อาการกำเริบ (ชญาภา ประเสริฐทรวง, 2543) ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเป็นการรับรู้ถึงความยากลำบาก ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาระการดูแลเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในด้านเศรษฐกิจ ด้านการดำรงชีวิตประจำวัน และสังคมของผู้ดูแล ด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตเกิดความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Baker, 1989; Glendy&Mackenzie, 1998; Hoyert & Seltzer, 1992; รัชนิกร อุปเสน, 2540) ภาระต่างๆที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบโดยตรง ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด ทุกข์ทรมานอย่างมาก ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลมักจะทอดทิ้งผู้ป่วยไว้ที่โรงพยาบาล ไม่ยอมรับกลับบ้านและมักขอให้ทางโรงพยาบาลรับตัวผู้ป่วยไว้

จะเห็นได้ว่า การรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล มี 2 มิติ มิติที่ 1 เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง มิติที่ 2 เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย เช่น ความทุกข์ใจ ความกังวลใจ และความรู้สึกถูกพึ่งพา (Montgomery et al., 1985) ซึ่งภาระทั้ง 2 มิติ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ รู้สึกแบกภาระหนัก และส่งผลกระทบโดยตรง ต่อภาวะสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ลดความรู้สึกเป็นภาระได้คือ การส่งเสริมให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ตลอดจนการสนับสนุนประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ ด้วยการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ซึ่งเป็นรูปแบบการให้ความรู้ที่ประกอบด้วย การประคับประคอง การบริการความรู้โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล การเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้องและการสร้างเครือข่าย (Anderson et al., 1980) มีผู้นำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษามาปฏิบัติในรูปแบบที่หลากหลาย ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพจิต มีบทบาทโดยตรงในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับผู้รับบริการ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์การศึกษาวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับการให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความ

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition (DSM - IV) หรือ International Classification of Disease (ICD 10)

ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง แบ่งออกเป็น 2 มิติคือ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิต 5 ด้านคือการมีเวลาส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงเกิดปัญหาต่อสภาวะสุขภาพ 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางจิตใจ อารมณ์ และทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความรู้สึกอับอาย เบื่อหน่ายท้อแท้ ทุกข์ใจ วิตกกังวล รู้สึกถูกผู้ป่วยพึ่งพา

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง บุคคลในครอบครัว ที่รับผิดชอบ เป็นผู้ดูแลหลักที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยตรงและมีความเกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้อง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างใกล้ชิด ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นค่าจ้างและรางวัลใดๆ

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา หมายถึง การผสมผสานแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาที่มีรูปแบบของการให้ความรู้ และการประทับประคอง เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง และสร้างเครือข่าย

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)
 - 1.1 ชนิดของโรค
 - 1.2 อาการและอาการแสดง
 - 1.3 การดำเนินโรค
 - 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.5 การรักษาทางกาย
 - 1.6 การรักษาทางจิตสังคม
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2 ประเภทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.3 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล
3. ภาระของผู้ดูแล
 - 3.1 ความหมายภาระของผู้ดูแล
 - 3.2 ผลกระทบที่เกิดจากการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล
 - 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล
 - 3.4 การให้การช่วยเหลือเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
 - 4.1 ความหมายของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา
 - 4.3 เทคนิคการให้สุขภาพจิตศึกษา
 - 4.4 ลักษณะของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

4.5 ขนาดของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

4.6 ระยะเวลาในการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

4.7 การประเมินผลกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

โรคจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรงเรื้อรังมีสถิติเข้ารับการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชมากที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2545) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท จะมีความผิดปกติที่มีลักษณะอาการต่าง ๆ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน การพูดไม่มีระเบียบแบบแผน มีความแตกแยกของความคิดอารมณ์และพฤติกรรม มีการเสื่อมเสียหน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ โดยไม่มีสาเหตุจากสารเสพติดหรือภาวะการเจ็บป่วยทางกายทั่วไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) โรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรค ร้อยละ 1 ของประชากรโลกและพบมากในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น (Kaplan & Sandock, 1998)

ชนิดของโรคจิตเภท

แบ่งตามลักษณะอาการทางคลินิกออกเป็น 5 ชนิด (American Psychiatric Association 1994; เกษม ดันติผลาชีวะ; 2536, สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1. ชนิดหวาดระแวง (paranoid type) ลักษณะที่สำคัญของชนิดนี้คือ ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดและประสาทหลอน อาการเด่นชัดได้แก่ อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์ ไม่มีการพูด พฤติกรรมสับสน

2. ชนิดวุ่นวาย (disorganized type) ลักษณะที่สำคัญของชนิดนี้คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติของคำพูด พฤติกรรมวุ่นวายและมีอารมณ์เฉยเมย หรือไม่เหมาะสม ผู้ป่วยอาจมีกิริยาทำทางแปลกๆ เช่น หัวเราะขำขันโดยไม่มีเหตุผล และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว หรือรับประทานอาหาร ผู้ป่วยที่เป็นชนิดนี้มักเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุน้อยๆ โดยอาการเกิดซ้ำๆ และมักมีความผิดปกติของบุคลิกภาพมาก่อน โรคจิตเภทชนิดนี้มักเป็นเรื้อรัง มีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า hebephrenic

3. ชนิดคาทาโทเนีย (Catatonia type) ผู้ป่วยที่เป็นชนิดนี้ต้องมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่างคือ 1) ร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหวเลย โดยมีอาการ catalepsy หรือ stupor 2) มีพฤติกรรมพลุ่งพล่านกระวนกระวาย 3) มีอาการ negativism หรือ mutism 4) มีการเคลื่อนไหวด้วยท่าทางแปลกๆ เช่น ยืนหรือนั่งด้วยท่าทางแปลกๆ และทำอะไรซ้ำๆ 5) พูดเลียนแบบ (echolalia) หรือทำเลียนแบบ (echopraxia)

4. ชนิดแยกไม่ได้ (undifferentiated type) ในชนิดนี้ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตเภทชัดเจน แต่อาการของโรคไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทั้ง 3 ชนิด

5. ชนิดมีอาการหลงเหลือ (residual type) ชนิดนี้ผู้ป่วยเคยมีอาการของโรคจิตเภทมาก่อนอย่างน้อย 1 ครั้ง แต่ลักษณะทางคลินิกในปัจจุบันไม่มีอาการทางด้านบวก ผู้ป่วยจะมีอาการทางด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย ไม่พูดหรืออยู่เฉยๆ ไม่ทำกิจกรรมทุกชนิดบางรายอาจมีอาการหลงผิด หรือหูแว่ว แต่อาการจะไม่เด่นชัด ผู้ป่วยอาจมีอาการอยู่ชั่วระยะเวลาสั้นๆ หรืออาจมีอาการอยู่ยาวนานหลายปีโดยมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว

อาการและอาการแสดง

อาการของโรคจิตเภท เป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือรุนแรงซึ่งอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ด้าน (สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

1. อาการทางด้านบวก (Positive Symptoms) ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความคิด ทั้งด้านเนื้อหาและการเชื่อมโยงความคิด มีความผิดปกติของการรับรู้ อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อยคือ delusion of persecution ผู้ป่วยหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนคอยปองร้าย (delusion of reference) และผู้ป่วยคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน อาการประสาทหลอน (Hallucination) ชนิดที่พบบ่อยคือหูแว่ว เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเพียงเสียงหรือคำพูด เช่น คนพูดว่าร้าย หรือ พูดเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วย อาจเป็นเสียงคนๆ เดียว หรือหลายคน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆ หรือ พูดโต้ตอบ ความผิดปกติของคำพูด (Disorganize Speech) พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว ขาดความเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลารับฟัง ผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจและมีความผิดปกติของพฤติกรรม (Bizarre behavior) มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมเหมือนเด็กและพลุ่งพล่าน กระวนกระวายมาก อาจไม่สนใจดูแลตัวเอง แต่งตัวสกปรกหรือแต่งตัวแปลกประหลาด ผู้ป่วยอาจส่งเสียงตะโกนหรือกล่าวคำหยาบ

2. อาการทางด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นอาการที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติ หรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีพฤติกรรมอยู่ในท่าเฉยวันๆ ไม่เคลื่อนไหวเลย (Catatonic stupor) ไม่พูดและไม่รับรู้ความเป็นไปของสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะด้านอารมณ์ มีอารมณ์เฉยเมย (affective flattening) สีหน้าของผู้ป่วยเรียบเฉย ขาดการแสดงออกของอารมณ์ไม่มีการสบตา พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ใช้คำพูดน้อยตอบคำถามสั้นๆ และไม่สนใจที่จะตอบ ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition) ผู้ป่วยไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมโดยจะนั่งเฉยๆ เป็นเวลานานๆ และไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม บางรายมีอาการซึมเศร้า สับสน โดยผู้ป่วยจะมีอาการเหมือนขาดแรงจูงใจ

การดำเนินโรค

การดำเนินของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่รับผิดชอบ ขาดความสนใจในการเรียนหรือทำงาน มีพฤติกรรมผิดปกติซึ่งความผิดปกติดังกล่าวสังเกตได้ไม่ชัดเจน ระยะเริ่มมีอาการโดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปีก่อนแสดงอาการชัดเจน
2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก หรือมีอาการแสดงผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร
3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้อยคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ ยังมีอาการทางจิตหลงเหลือ แต่ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการกลับเป็นซ้ำระหว่าง 5 ปีแรก หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ถ้ามีอาการกลับซ้ำบ่อยจะมีอาการหลงเหลือมากขึ้น

การรักษาโรคจิตเภท

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นแบบผสมผสานมีวิธีการหลายอย่างร่วมกันโดยแต่ละวิธีมีส่วนช่วยรักษาอาการของโรคการรักษาหลักๆ แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ (Kaplan & Sadock, 1998; กิตติวรรณ เทียนแก้ว, 2544 และ สมภพ เรืองตระกูล, 2548)

1. การรักษาทางกาย (Somatic Treatment)

1.1 การรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมักจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาที่สำคัญคือการรักษาด้วยยา จุดประสงค์ของการให้ยา เพื่อให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นปกติโดยเร็วที่สุด เป็นการป้องกันอันตรายซึ่งอาจเกิดกับผู้ป่วยหรือผู้อื่นการรักษาด้วยยาเป็นารรักษาหลัก เนื่องจากยาจะไปช่วยแก้ไขความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุโรค ยาที่ใช้คือ กลุ่มยาด้านโรคจิต (antipsychotic drugs) ยาจะทำให้อาการของโรคจิตดีขึ้น ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงต้องใช้ยารักษาโรคจิตที่มีขนาดสูง เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงลดขนาดยาลงจนกระทั่งอาการคงสภาพและยังต้องได้รับยาต่อเนื่องนานอย่างน้อย 1-2 ปี การรักษาด้วยยาอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ เช่น อาการคลื่นไส้ กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ตาเหลือก คอบิด มีกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ขยับตัวลำบาก พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาด้านโรคจิต (antipsychotic drugs) ภายใน 6 สัปดาห์ จะมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในสังคมได้ถึงร้อยละ 75 (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์

และจำลอง ดิษยวันชัย, 2542) ผู้ป่วยจึงต้องรับประทานยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ เช่น คีโมสุรา ความเครียด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยไฟฟ้าจะใช้ก็ต่อเมื่อการรักษาด้วยยาไม่ได้ผลหรือในรายที่มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจน ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงหรือมีอาการจิตเภทชนิด catatonia ส่วนอาการทางจิตชนิดอื่นๆ การรักษาด้วยไฟฟ้ามักไม่ค่อยได้ผล ส่วนอาการข้างเคียงที่อาจพบได้จากการรักษาด้วยไฟฟ้า เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน พบได้ในระยะ 1-2 ชั่วโมงหลังจากนั้นอาการต่างๆ ก็จะหายไป ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืมซึ่งอาการนี้จะมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ทำการรักษาเมื่อหยุดการรักษาอาการหลงลืมจะค่อยๆ ดีขึ้นและจะหายไปภายในระยะเวลา 3-6 เดือน (มานิช หล่อตระกูล, 2548)

2. การรักษาทางจิตและสังคม (Psychosocial Treatment) การรักษาทางจิตและสังคม การรักษาผู้ที่เป็น โรคจิตเภทนอกจากการใช้ยา ทางจิตเวชแล้ว ยังมีการรักษาทางจิตสังคมร่วมด้วย ซึ่งมีรูปแบบการรักษาหลากหลาย ได้แก่

2.1 จิตบำบัดประคับประคอง ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม การทำจิตบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหของตนเอง อย่างเหมาะสมและปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งแก้ไขสาเหตุของปัญหา (สุมาลี ชัยสิทธิพานิชย์ และคณะ, 2541) อ้างใน นงลักษณ์ ทรงคำเจียก, 2548)

2.2 พฤติกรรมบำบัด มีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยผู้รักษาจะให้แรงจูงใจและเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ (จารุวรรณ จินดามงคล และ อรพรรณ ลีอนุวัธชัย, 2542; ดารณี ชัยอิทธิพร และ บุญเยี่ยม ลาตาอุตย์, 2540)

2.3 ครอบครัวบำบัด มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high expressed emotion หรือ high EE) ของสมาชิกภายในครอบครัว ซึ่งจะลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากขาดความคิดริเริ่ม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมใดๆ รวมทั้งขาดมนุษยสัมพันธ์ แยกตัวอยู่ลำพัง ในการทำครอบครัวบำบัดจะช่วยให้ครอบครัวได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ และปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว เพื่อช่วยให้ครอบครัวคลายเครียด และมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป (Cook et al., 1999; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540 และ อรพรรณ ลีอนุวัธชัย, 2548)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สำหรับผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น ถือเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลนอกจากจะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังต้องทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองในครอบครัวด้วย บทบาทหน้าที่ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ดูแลต้องเรียนรู้การปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตในด้านต่างๆ เช่น หน้าที่การทำงาน ภารกิจในสังคมและภารกิจส่วนตัวเพื่อที่จะรับมือกับครอบครัวและผู้ป่วย (ยาใจ สัทธิมงคล, 2539) ถ้าผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย มีผลกระทบต่อการทำงาน การดำเนินชีวิตประจำวันและรู้สึกเป็นภาระกับตนเองจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่ายและส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยเกิดความไม่เอาใจใส่ละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย

ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (Davis, 1992) โดยให้การให้การดูแลช่วยเหลือส่งเสริมความอยู่รอด ดูแลสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 1991) ที่คอยให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้านอาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง เพื่อน ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรคความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน ในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่หลักอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

ประเภทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ประเภทของผู้ดูแลสามารถ จำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ 2 ลักษณะ (Gopinath & Chaturvedie, 1992; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) คือ 1) ผู้ดูแลหลัก 2) ผู้ดูแลรอง

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลัก ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยตรง (give direct care) โดยผู้รับการดูแลเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ที่อาจเกิดจากโรค ความพิการ ความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของผู้ป่วย ความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น หลงลืม ซึมเศร้าหวาดระแวง ซึ่งมีผลทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะทางการแพทย์ เช่น การ

อาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว จับถ่าย ป้อนอาหารจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ซึ่งผู้ดูแลหลักมักเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภทและส่วนใหญ่มักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ซึ่งได้แก่ บิดามารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้องและอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแล

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึงบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (indirect care) เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่บ้าน

เนื่องจากโรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรังแต่ผู้ป่วยยังมีภาวะของโรคหลงเหลืออยู่ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้านหน้าที่ในการดูแลต่อเนื่องจึงเป็นหน้าที่ของญาติพี่น้องที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อไป ซึ่งหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ การประสานงานกับองค์กรของรัฐ และการให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ (Horowitz, 1982 cite in Davis, 1992) ดังนี้

1. การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด ผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก การคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยจิตเภทอาจกระทำด้วยตนเองไม่ได้ กิจวัตรประจำวัน que ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้ 1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ จะมีความบกพร่องในการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ 2) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยทำงานเล็กๆ น้อยๆ ภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการงาน จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ทำงาน 3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางราย ผู้ดูแลต้องจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน 4) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและให้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ควรให้ผู้ป่วยได้รับ

ประทานอาหารที่ง่ายขึ้น รับประทานผักและผลไม้เพื่อช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก 5) การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตนให้เหมาะสม 6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง ผู้ดูแลต้องสังเกต หาสเหตุ หรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา 7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ร่างกายแข็งแรง 8) การฝึกทักษะทางสังคม ทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น 9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสั่งสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น 10) การสนับสนุนให้กำลังใจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

2. การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ จากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ว่างาน ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก เสี่ยงภาพลักษณ์ของตนเอง โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวเคยประกอบอาชีพมีรายได้คำจุนครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยทำให้สูญเสียรายได้และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนไป การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ แก่ผู้ป่วยประกอบด้วย 1) การป้องกันภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิ หรือแสดงท่าที ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆ สำเร็จ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีค่าในตนเอง 2) การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่ายโดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง 3) การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติ ทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียด

3. การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นเพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

4. การให้ความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ สำหรับการดูแลรักษา และอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ในคำรักษาพยาบาล ตลอดทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหรือที่บ้านนั้นที่ผู้ดูแลเป็นสำคัญ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ดูแลจะต้องรับผู้ป่วยกลับดูแลต่อที่บ้าน โดยที่ผู้ดูแลจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองมากที่สุด ทั้งในด้านการรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม การเผชิญปัญหา การให้กำลังใจและกำลังใจทรัพย์ รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และการพาผู้ป่วยเข้ามารับการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ซึ่งเป็นภาระหลักของผู้ดูแลที่ส่งผลกระทบต่ออันนำมาสู่ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลต่อไป

ภาระของผู้ดูแล

ความหมายภาระของผู้ดูแล

มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการะในรูปแบบที่เหมือนกันและแตกต่างกันตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งแนวคิดที่จะนำไปใช้ก็ควรจะเป็นแนวคิดที่ตรงกับมุมมองของความสนใจ ของแต่ละบุคคลและเหมาะสมกับงานวิจัยนั้นๆ สำหรับแนวความคิด ภาระของผู้ดูแลที่ผู้ศึกษาสนใจ คือ แนวคิดภาระของผู้ดูแล (Caregivers Burden) ของ Montgomery et al. (1985) โดยให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ การรับรู้ถึงความรู้สึก ที่แสดงถึง ความหนักใจ ความเครียด ความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 มิติ ได้แก่

มิติที่ 1 ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงและทำให้เกิดปัญหาต่อสภาวะสุขภาพ

มิติที่ 2 ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง จากสภาวะเดิมของผู้ป่วยเป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และทัศนคติซึ่งความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ได้แก่ ความทุกข์ใจ ความกังวลใจ รู้สึกถูกผู้ป่วยพึ่งพา

ภาระของผู้ดูแลทั้ง 2 มิตินี้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์รู้สึกกับภาระหนักส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล และส่งผลโดยอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัว (well-being) การมีชีวิตยืนยาวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ด้วยภาระของครอบครัวที่เกิดจากญาติที่ป่วยทางจิต เป็นความเดือดร้อนทางด้านจิตใจ ความรู้สึกอับอายความรู้สึกขุ่นเคืองใจ และรู้สึกว่าแบกรับภาระเกินตัวของสมาชิกในครอบครัว

(Thomson & Doll, 1982) เป็นความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม (George & Gwyther, 1986) ซึ่งผู้ดูแลจะต้องอดทนต่อสภาพปัญหา ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาทางกายภาพ และปัญหาทางด้านอารมณ์ (Fedderson, 1990) จากการดูแลผู้ป่วย คือ ความรู้สึกเคียดแค้นจากปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมถึงความรู้สึกโกรธ ก้าว เพราะไม่สามารถคาดเดาอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ ความรู้สึกสูญเสียที่ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงชีวิตได้เช่นเดิม ความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกโดดเดี่ยว และรู้สึกเป็นดราม่า

ผลกระทบที่เกิดจากการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล

มีผู้ดูแลจำนวนมากที่แบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอย่างรุนแรงและเรื้อรัง โดยไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมมาก่อน (วรารณ ธรรมเสนี, 2537) ที่ต้องเผชิญกับความเครียดอย่างรุนแรงและเรื้อรัง โดยไม่ได้รับการประคับประคองช่วยเหลือ โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักที่ต้องได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด โดยไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดลงเมื่อใด (Baker, 1989) จากสภาพปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดจากพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผู้ดูแลต้องประสบปัญหาด้านร่างกายเป็นอย่างมาก ต้องคอยดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนตัวต่างๆ ทำให้อ่อนเพลีย และเหนื่อยล้า (Gopinath & Chaturvedei, 1992) บางครั้งผู้ป่วยมีอาการรุนแรง หรือมีพฤติกรรมที่ไม่อาจคาดคะเนได้ เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดคนเดียว คำเพื่อนบ้าน ก้าวร้าว บางรายพยายามฆ่าตัวตายเป็นต้น (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) ทำให้ผู้ดูแลทุ่มเทแรงกายในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อยพักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ จนสุขภาพทรุดโทรม บางรายมีพฤติกรรมทำลา ข้าวของ หรือทำร้ายผู้อื่น ผู้ดูแลต้องดูแลทั้งผู้ป่วยและความปลอดภัยของตนเอง (วรกษ นิธิกุล, 2535)

2. ด้านจิตใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับปัญหาทางจิตใจ หลายด้าน ทั้งต่ออาการ และพฤติกรรมที่รุนแรงของผู้ป่วย เมื่อสมาชิกเจ็บป่วยยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ทำให้เกิดความเครียด (Rose, 1996; Doornbos, 1997) สถานการณ์ที่ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากที่สุดคือ การที่ต้องจัดการเมื่อผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น (เอื้ออารี สาลิกา, 2543) ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกหดหู่ที่จะต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาหลายปี และอาการไม่ทุเลาลงไม่มีทางรักษาให้หายได้ ทำให้อาการหนักแน่นและสิ้นหวัง (เวทีนิ สุขมาก และคณะ, 2544) ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) พบว่า ผู้ดูแลจะแสดงออกทางด้านอารมณ์ ด้วยการตะโกนเสียงดังหรือพูดว่ากล่าวผู้ป่วย ร้องไห้เสียใจที่ญาติเจ็บป่วยทางจิต เบื่อหน่ายที่ต้องรับผิดชอบ ท้อแท้ หดหู่ หวังที่จะเห็นผู้ป่วยหายเป็นปกติ จากการศึกษาของ สถิตย์

วงศ์สุรประกิจ (2542) พบว่าผู้ดูแลไม่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจึงรู้สึกกลัว วิดกกังวล หงุดหงิด เบื่อหน่ายและอายเพื่อนบ้าน

3. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและสังคม การดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และสังคมของผู้ดูแล เนื่องจากต้องคอยดูแลผู้ป่วยไม่สามารถกำหนดเวลาที่จะให้การดูแลได้แน่นอน ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย ผู้ดูแลมีจิตความเป็นส่วนตัวลดลง (มนตรี อมรพิเชษฐกุลและพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่เป็นอิสระ ไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวตามความต้องการ (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตริ, 2536) ผู้ดูแลจึงรู้สึกเหมือนผูกติดอยู่กับผู้ป่วย ถูกแยกออกจากสังคม เหนียวินขาดเพื่อนฝูง ในสังคม (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

4. ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านเศรษฐกิจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถหารายได้มาจุนเจือครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นมากในการรักษาพยาบาล (Martyns – Yellowe, 1992; มंत्री อมรพิเชษฐกุลและคณะ, 2544) ซึ่งเป็นภาระที่หนัก และยุ่งยากสำหรับผู้ดูแลที่มีฐานะปานกลางหรือฐานะยากจน (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นเกษตรกร และรับจ้าง ทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจจากสภาพการเงินและจากการไม่สามารถประกอบอาชีพได้อย่างเต็มที่ (ประไพศรี บุรณางกูร, 2538)

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับความเครียดส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิตประจำวัน สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้ดูแลต้องได้รับการช่วยเหลือ

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ (นพรัตน์ ไชยขานี, 2545)

1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแล

1.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา มีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล (Oberst et al, 1989)

1.2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนบ้านเดียวกัน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนในที่ทำงานเดียวกัน และคนใกล้ชิด อาจมีฐานเริ่มมาจาก มีความสนใจร่วมกันจึงมีความสัมพันธ์หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคล ภายใต

สถานการณ์แต่ละอย่าง การช่วยเหลือเกื้อกูลที่รับจากกัน จึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกันซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ

1.3 การศึกษา จะช่วยให้บุคคล มีข้อมูล และความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดี การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ รวมทั้งมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ ในการเผชิญและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา หรือมีการศึกษาที่ด้อยกว่า การศึกษามีผลต่อการพัฒนาสติปัญญาช่วยในการตัดสินใจ การหาความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยมีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Orem, 1985)

1.4 รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985)

1.5 อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้รับรู้ภาระต่างกัน (Lefley, 1987; Cook et al., 1994) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหา ผู้มีอายุมากกว่าจึงย่อมมีประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้ภาระน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าอายุสัมพันธ์ทางลบกับภาระ กล่าวคือ ผู้ดูแลมีอายุมากความรู้สึกเป็นภาระจะน้อย (Montgomery et al., 1985)

1.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัวเพียง 1 – 2 คน จะมีภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัว 3 – 8 คน (Crotty & Kuly, 1986) เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลแต่ผู้ป่วยเท่านั้น ผู้ดูแลยังทำหน้าที่ดูแลสมาชิกภายในบ้านด้วย

1.7 การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ได้แก่ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ จากผู้อื่นจะช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (Crotty & Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแล ช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหา (Montgomery et al., 1985)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

2.1 พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมที่รุนแรงและแปลกประหลาดของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ใช้บ่งชี้ภาระของผู้ดูแล พฤติกรรมที่รุนแรงหรือไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางลบกับกลุ่มที่ผู้ดูแลที่มีอาการทางบวก ผู้ดูแลที่

ดูแลผู้ป่วยชนิดที่มีอาการทางบวก มีคะแนนภาระที่มีอยู่จริงต่ำกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางลบ (Raj et al., 1991)

2.2 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับภาระในการดูแลผู้ป่วย แต่มีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (Salleh, 1994)

การให้การช่วยเหลือเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ภาระของผู้ดูแลกล่าวได้ว่าเป็นภาระที่หนัก และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต รวมทั้งด้านเศรษฐกิจ จนก่อให้เกิดความเครียดและรู้สึกเป็นภาระ ซึ่ง การช่วยเหลือเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย แบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือ 1) การลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย 2) การให้การช่วยเหลือผู้ดูแล

1. การลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หลังจากผู้ป่วยได้รับการบำบัดแล้ว ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมทางจิตใจและการทำหน้าที่ทางสังคม เช่น อาการเฉื่อยเมย เฉื่อยชา ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด เช่น พฤติกรรมบำบัด การฝึกให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ ซึ่งทักษะด้านกายภาพและการเคลื่อนไหวและช่วยลดอาการนอนไม่หลับ (Elliot, 1998)

2. การให้การช่วยเหลือผู้ดูแล

ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดผลกระทบด้านลบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคจิตเภท รวมทั้งการให้การประคับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงเกิดความเครียด เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสุขรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระหน้าที่ตนเองต้องรับผิดชอบ ผู้ดูแลจึงควรได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม ให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตลอดจนรู้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขตามอัตภาพ ซึ่งวิธีการช่วยเหลือมีหลายวิธี ได้แก่

1) การให้ความรู้ (Education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคมและสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยควรจะได้รับทักษะการดูแล

ผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวังและการเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแล เพิ่มความรู้สึกพึงพอใจ และเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ (Mingyuan & Heqin, 1993)

2) กลุ่มสนับสนุน (Support group) ผู้ดูแลได้เรียนรู้ถึงภาระการดูแล โดยการบรรยายหรือพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่นๆ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มสนับสนุนเป็นความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แหล่งประโยชน์ และวิธีการแก้ปัญหา (Dunkin et al, 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ, 2545)

3) ครอบครัวบำบัด (Family therapy) ครอบครัวบำบัดจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วยหรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหากับสมาชิกในครอบครัว (Dunkin et al.; 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ, 2545)

4) การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (Develop Family Strength) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญหน้าและรับผิดชอบความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวช และต้องรับภาระหนักในการดูแล จำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแล เป็นภาระหนักของทุกวัน รวมทั้งความแข็งแกร่งของความรู้สึกของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจและเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้เป็นแนวทางในการลดภาระการดูแล

5) ให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา (Involving caregiver in treatment) สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วม คือ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลการรักษาต่อผู้ดูแลผู้ป่วย (Elliot, 1998) การสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้น การมีส่วนร่วมเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณโน, 2541) ทำให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแล ประสิทธิภาพและผลลัพธ์การดูแลในทางบวก (Kramer, 1993 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโน, 2541) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือ การมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น การร่วมวางแผนการรักษาและก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาผู้ดูแลต้องมีความเชื่อมั่นในผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการมีส่วนร่วมจะช่วยลดความแตกต่างหรือช่องว่างระหว่างผู้รักษาและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะและความรู้สึกของการมีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์และเป้าหมายของการมีส่วนร่วม คือ ผู้ดูแลได้พบกับความต้องการของตนเอง (Mohr, 2000 อ้างใน นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2549)

6) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation group) เป็นการให้ความรู้ทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการเผชิญปัญหา (Anderson et al., 1980; koontz et al., 1991) มีความรู้เรื่องโรค การรักษา และช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (Walsh, 1987) และช่วยเหลือประคับประคองจิตใจผู้ดูแลผู้ป่วย (สการรัตน์ ภูผา, 2543) ในการช่วยเหลือผู้ดูแลเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาสามารถที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยและสามารถช่วย

ให้ผู้ดูแลมีความรู้ลึกเป็นการระดมได้ (Mingyan & Heqin, 1993; Magliano et al., 2005; Jeppesen et al., 2005)

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation group)

ความหมายของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาหมายถึง การดำเนินกิจกรรมการปฏิบัติของพยาบาล ตามกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่ม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างมีระบบและมีจุดมุ่งหมาย ที่จะให้สมาชิก ร่วมกันค้นหาเหตุผล เลือกและตัดสินใจที่จะปฏิบัติ (Anderson et al., 1980; koontz et al., 1991)

วัตถุประสงค์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

1. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การดำเนินโรค และการรักษาผู้ป่วยแก่สมาชิก
2. เพื่อเป็นการช่วยเหลือและประคับประคองแก่สมาชิก
3. เพื่อลดความรู้สึกลบช้ำ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหวังที่เกิดขึ้นกับสมาชิก
4. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเข้าใจและสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น และสามารถควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ภายในครอบครัวให้เหมาะสมขึ้น (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2539)

เทคนิคการให้สุขภาพจิตศึกษา

ตามแนวคิดของ Anderson ได้กล่าวถึงกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาว่าเป็นรูปแบบการให้ความรู้ โดยมีหลัก ดังนี้

1) มีการประคับประคอง (Support) เป็นปฏิกริยาของสมาชิกที่ตอบสนองกลุ่มอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งผู้นำกลุ่มมีส่วนสำคัญในการสร้างบรรยากาศให้สมาชิกรู้สึกถึงความเกื้อกูลอบอุ่น และปลอดภัย ทำให้สมาชิกเชื่อถือและได้รับประสบการณ์ในกลุ่มซึ่งเป็นสถานที่ที่มีคนรับฟัง ยอมรับและเข้าใจ การยอมรับและสนับสนุนให้สมาชิกช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกันโดยการประคับประคองนี้ จะช่วยลดความวิตกกังวลซึ่งมีอยู่ในทุกขั้นตอนของการทำกลุ่ม (Anderson et al., 1980)

2) การบริการด้านความรู้ (Educational Service) เป็นการเพิ่มความรู้ ความเข้าใจเรื่อง การเจ็บป่วย เช่น ทฤษฎีของการเกิดโรค สาเหตุ อาการ ผลกระทบ และการจัดการเกี่ยวกับอาการของโรค รวมถึงการตอบสนองทางอารมณ์ของครอบครัว จัดได้ว่าเป็นการให้ข้อมูล (Information)

เพื่อลดทัศนคติด้านลบ ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping Skills)

3) การลดภาวะตึงเครียดของสมาชิก เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยมีผลถึงความเครียดในครอบครัว จากปัญหาการสื่อสารที่สับสน และมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความวุ่นวายส่งผลกระทบต่อสมาชิกเกิดความรู้สึกผิด โกรธ คับข้องใจ ซึ่ง Anderson ได้กล่าวถึงการจัดการด้านการสื่อสารที่ดี การมีข้อตกลงในการเคารพขอบเขตของบุคคล รวมถึงการประคับประคองกันจะทำให้ความเครียดลดลงไปได้

4) สร้างเครือข่าย (Network) ซึ่งหมายถึง การสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีหลักฐานชี้ชัดว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจะส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการเกิดและหายของโรค การได้รับความช่วยเหลือจะช่วยลดความกดดัน ซึ่งเครือข่ายทางสังคมเบื้องต้นคือ สมาชิกที่เข้าร่วมในกลุ่ม ครอบครัว ชุมชน

ลักษณะของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีลักษณะเป็นกลุ่มปิด หมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียว ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปิดกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มมีพัฒนาการและนำไปสู่การแก้ปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หากมีสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มอาจขัดขวางพัฒนาการของกลุ่มได้ (Marram, 1978)

ขนาดของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

ขนาดของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีจำนวนสมาชิกที่เป็นองค์ประกอบของกลุ่มมีความสำคัญไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป เพราะจะไม่เกิดผลในการบำบัดสมาชิกจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่มบำบัดต่างๆ แต่ละครึ่ง คือ 7 – 10 คน Lasalle & Lasalle (1995) และ Marram (1978) ได้กำหนดจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม ในการทำกลุ่มบำบัด คือ 8 – 12 คน (กรมสุขภาพจิต 2543 อ้างถึงในอุษณีย์ กันน้อย, 2547) ได้กำหนด สมาชิกเข้ารับการสอนหรืออบรมแบบกลุ่มควรเป็น ครั้งละ 5 – 6 คน

ระยะเวลาในการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

ได้มีการศึกษาผลการใช้เวลาในการเข้ากลุ่ม ซึ่งมีความหลากหลายในเรื่องระยะเวลา ความถี่ที่ใช้ในการจัดกลุ่มเวลาที่ใช้อยู่ระหว่าง 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง และจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มอยู่ระหว่าง 6 – 8 ครั้ง (Kanfer & Goldstein, 1975)

การประเมินผลกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปความก้าวหน้าของกลุ่มรวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเข้ากลุ่มการประเมินผลกลุ่มแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. การประเมินผลลัพธ์ของกลุ่ม จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีหลายอย่าง ทำให้ผู้วิจัยส่วนใหญ่สร้างเครื่องมือตามแนวคิดของตนเอง (Thompson et al., 1993) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาระการดูแล ผู้ป่วย เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความรับผิดชอบของผู้ดูแลผู้ป่วย การประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นต้องมีเนื้อหาครอบคลุมแนวคิดที่ผู้ศึกษาคิดเป็นหลัก และความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จึงจะช่วยให้การประเมินภาระของผู้ดูแลมีความน่าเชื่อถือ เนื้อหาครอบคลุมถึงภาระเชิงปรณัยและภาระเชิงอัตนัย

2. ปัจจัยบำบัด (Curative factor) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิก มีผลช่วยให้เกิดประโยชน์แก่กลุ่มคือ ทำให้กลุ่มมีพัฒนาการที่ดีทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ปัจจัยในการบำบัดจะเกิดขึ้นไปพร้อมกัน ซึ่งปัจจัยแต่ละตัวต่างก็สนับสนุนกันไม่สามารถแยกจากกันได้เด็ดขาด ซึ่งในการดำเนินกลุ่มจะเกิดปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดดังนี้ (Yalom, 1975)

1) ความเกื้อกูลกัน (Altruism) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น อยากช่วยเหลือคนอื่น เห็นความสำคัญของบุคคลอื่น มีผลทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง

2) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group cohesiveness) การเข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่องทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความเป็นเจ้าของ กล้าเปิดเผยตนเอง รู้สึกผูกพันกับกลุ่มทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

3) การมีความรู้สึกคล้ายคลึง (Universality) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ว่าทุกคนมีปัญหาเหมือนกัน ทำให้ความรู้สึกที่ว่าตนเองทุกข์อยู่คนเดียวลดลง รู้สึกว่าตนเองไม่ได้อยู่คนเดียวในโลก

4) การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกเรียนรู้ว่าตนเองได้พูดได้แสดงความคิดเห็นอย่างไรในกลุ่ม ทำให้มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมากขึ้น นำไปพัฒนาตนเองได้ดีขึ้น เรียนรู้การอยู่กับบุคคลอื่น

5) การพัฒนาเทคนิคเพื่อเข้าสังคม (Development of socializing technique) ในการเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกมีโอกาสเรียนรู้วิธีการติดต่อดูสารกับคนอื่น เรียนรู้ว่าคุณอื่นคิดอย่างไรกับตนเอง

6) การระบาย (Catharsis) การเข้ากลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้มีโอกาสระบายความคับข้องใจต่างๆ ให้สมาชิกในกลุ่มฟัง ถ้ากลุ่มมีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน สมาชิกจะมีโอกาสในการระบายออกมาได้มาก การได้ระบายความคับข้องใจจะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ มีการพัฒนาจิตใจและอารมณ์ไปในทางที่ดีขึ้น

7) การได้เลียนแบบ (Identification) การเข้ากลุ่มเป็นโอกาสที่สมาชิกสามารถเลียนแบบพฤติกรรมที่ดีของสมาชิกในกลุ่ม รวมทั้งจากผู้นำกลุ่มด้วย

8) ความรู้สึกเป็นครอบครัว (Family reenactment) โดยภาวะของกลุ่มจะเป็นสถานการณ์จำลองของครอบครัว ซึ่งมีผู้นำกลุ่มเป็นหัวหน้าครอบครัวและสมาชิกคนอื่นเป็นเสมือนกับญาติพี่น้อง สิ่งที่สมาชิกแสดงก็คล้ายกับที่เขาแสดงกับครอบครัว ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม จะช่วยให้สมาชิกเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติ

9) การให้ข้อมูลหรือแนะนำ (Imparting of information, guidance) เป็นการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างสมาชิกในกลุ่มมีการอภิปรายกัน ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นความจริงและชัดเจน จะช่วยให้สมาชิกเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติ

10) ความหวัง (Instillation of hope) การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้หมดหวังในชีวิตเกิดความหวังขึ้นมาใหม่ ทำให้มีกำลังใจในการที่จะสู้เมื่อเห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น

11) การได้รู้ความจริงของชีวิต (Existential factors) การเข้ากลุ่มช่วยให้สมาชิกเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตว่ามีทั้งผิดหวัง สมหวัง ทุกสิ่งทุกอย่างมีการเปลี่ยนแปลงทำให้สมาชิกกลุ่มเผชิญอุปสรรคต่างๆ ได้ เกิดความมั่นใจ พึ่งพอใจในตนเอง ยอมรับสิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลอย่างมาก เนื่องจากโรงพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเร็วขึ้นมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวเข้ากับสังคม ขณะที่ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ มีความบกพร่องในการดูแลตัวเอง ทั้งทางด้านร่างกายและบกพร่องทางจิต ทำให้ผู้ดูแลเกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เกิดความรู้สึกเป็นภาระ เนื่องจากขาดความรู้ ขาดทักษะในการดูแล จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ดูแลให้เหมาะสมครอบคลุมปัญหาในการดูแลและ ลดความรู้สึกเป็นภาระได้

ในปัจจุบันได้มีการพัฒนากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และนำมาใช้แก้ปัญหาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคจิต เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลักษณะของกลุ่ม มีการนำกระบวนการกลุ่มมาประยุกต์ใช้ในการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จะเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกลุ่มได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากผู้ดูแลด้วยกันในกลุ่มได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทำ

ให้ผู้ดูแล ได้ระบายปัญหาและความรู้สึกต่อกัน ได้รับความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจถึงความรู้สึกซึ่งกันและกันมีการให้กำลังใจ ให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ผู้ดูแลได้เรียนรู้ว่า ผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน เกิดการพิจารณาไตร่ตรอง ก่อให้เกิดการเรียนรู้ และมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค การแลกเปลี่ยนแบบอย่างการแก้ไขปัญหา เป็นการส่งเสริมกำลังใจ ความรู้สึกมีคุณค่า สร้างความรู้สึกมั่นคง เกิดความหวังทำให้ความรู้สึกเป็นภาระลดลง (Robinson & Yates, 1994; สกวรรค์ภูษา, 2543) จะเห็นได้ว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีผลดีในหลายลักษณะ การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาน่าจะช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระให้กับผู้ดูแลได้ ในการศึกษาวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้ จะทำให้ผู้ศึกษามีความรู้ความเข้าใจในองค์ความรู้ที่จะไปประยุกต์ใช้เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลที่ได้เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง (Mingyan & Heqin, 1993; Magliano et al., 2005; Jeppesen et al., 2005; Cheng & Chan, 2005)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์งานวิจัย ที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวนประกอบด้วย
 - 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data Source)
 - 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key Word)
 - 1.3 การคัดเลือกงานวิจัย (Study Selection)
2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการประกอบด้วย
 - 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Study Evaluation)
 - 2.2 การดึงข้อมูลจากงานวิจัย (Data Extraction)

การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน

1. แหล่งข้อมูล ที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) พิจารณาจากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัย และหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวจากฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้ดังนี้

1.1 สืบค้นการวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Lib. Cmu) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Library.care.Chula) และห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (Md. KKU) เป็นต้น

1.2 สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ PUBMED, CINAHL, และ OVID

2. คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Schizophrenia, Cargiver, Relatives, Family, Burden, Psychoeducation, Schizophrenia Caregiver burden and Psychoeducation, Schizophrenia relatives burden and Psychoeducation, Schizophrenia family burden and Psychoeducation

3. การคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้เกณฑ์การพิจารณาดังนี้คือ

1.1 ชนิดของแนวปฏิบัติการพยาบาล ต้องเป็นงานวิจัยที่ใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล

1.2 ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทุกเพศทุกวัย

1.3 เป็นงานวิจัยที่สามารถหา full text ได้

1.4 ชนิดของผลลัพธ์จากงานวิจัย คัดเลือกงานวิจัยที่ใช้ตัวแปรที่เกี่ยวกับ ความรู้สึกเป็นภาระ โดยรายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้ คำสำคัญในการสืบค้น จำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวนการ ศึกษาวิจัยที่ เลือกใช้
1. Mulinet	Schizophrenia Caregiver burden and Psychoeducation	168	0
	Schizophrenia relatives burden and Psychoeducation	13	0
	Schizophrenia family burden and Psychoeducation	403	0
2. Pubmed	Schizophrenia Caregiver burden and Psychoeducation	42	0
	Schizophrenia relatives burden and Psychoeducation	18	0
	Schizophrenia family burden and Psychoeducation	36	2
3. Ovid	Schizophrenia Caregiver burden and sychoeducation	84	0
	Schizophrenia relatives burden and Psychoeducation	8	0
	Schizophrenia family burden and Psychoeducation	2	1
4. CINAHL	Schizophrenia Caregiver burden and Psychoeducation	26	0
	Schizophrenia relatives burden and Psychoeducation	3	0
	Schizophrenia family burden and Psychoeducation	136	1

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

5. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	Schizophrenia Caregiver burden and Psychoeducation	13	1
	Schizophrenia relatives burden and Psychoeducation	0	0
	Schizophrenia family burden and Psychoeducation	26	0
6. มหาวิทยาลัยขอนแก่น	Schizophrenia Caregiver burden and Psychoeducation	9	1
	Schizophrenia relatives burden and Psychoeducation	0	0
	Schizophrenia family burden and Psychoeducation	11	0
7. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Schizophrenia Caregiver burden Psychoeducation	16	2
	Schizophrenia relatives burden and Psychoeducation	0	0
	Schizophrenia family burden and Psychoeducation	32	0
รวม		1037	8

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลได้จำนวน 1037 เรื่อง แต่เมื่อพิจารณาจากหลักเกณฑ์เลือกเข้าและคัดเรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลแล้วมีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และมี Full text ที่จะทำให้ไปประเมินคุณภาพได้ 8 เรื่อง

แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ได้ทั้งหมด 8 เรื่อง สำหรับแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

1. การประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือระดับหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence) นำผลงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่สืบค้นได้ มาประเมินคุณภาพโดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัย ของราชวิทยาลัย อายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งการแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิง 4 ระดับดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta – Analysis ของงานวิจัย design เป็น randomized controlled trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ randomized controlled trials (RCT)

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta – Analysis ของงานวิจัย design เป็น randomized controlled trials (RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุมแต่เป็นงานกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

Level C หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบ หาคความสัมพันธ์ หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย

Level D หลักฐานที่ได้จากฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญการดึงข้อมูลจากงานวิจัย

2. การวิเคราะห์ผลงานวิจัยจะดึงออกมาจากงานวิจัยดังนี้คือ

- 2.1 ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Problem / Purpose)
- 2.2 แบบการวิจัย (Research Design)
- 2.3 กลุ่มตัวอย่าง (Sample)
- 2.4 สถานที่หรือแหล่งที่วิจัย (Setting)
- 2.5 ผลลัพธ์ (Outcome)
- 2.6 วิธีการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้วัด (Method / Instrument)
- 2.7 ผลการวิจัย (Finding / Result)
- 2.8 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (Implication/Intervention)

โดยผลของการวิเคราะห์และดึงข้อมูลจากงานวิจัย จะนำเสนอในตารางบันทึกผลการ
ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การใช้กลุ่มสุภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภทดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Author / Year/ Title/Design / Level of evidence/ Objective		Sample / Setting / Outcome / Method/ Instrument Findings /	Intervention/ Implication
Authors สการัตน์ ภูผา	Level of evidence Quasi – experimental research (Two group pre-post Test design)	Sample ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 18 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 8 คนกลุ่มควบคุม 10 คน	Intervention การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีขั้นตอนดังนี้ 1.กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา 2.เวลาในการเข้ากลุ่มวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 3 วัน 3.กิจกรรมของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างความคุ้นเคยและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนอารมณ์ กิจกรรมที่ 3 การให้ข้อมูลการดูแล กิจกรรมที่ 4 การสื่อสารของญาติและผู้ป่วย กิจกรรมที่ 5 แหล่งให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วย กิจกรรมที่ 6 สรุปและปิดกลุ่ม
Year (2543)		Setting โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น	
Title ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อการระงับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท		Outcome ความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแล	
Design		Method and Instrument 1.ก่อนทดลองนำแบบประเมินความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระซึ่งพัฒนามาจากของ Pai & Kapur (1981) ประเมินทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2.ให้กลุ่มทดลองเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา 3. หลังการทดลอง 1 เดือนประเมินความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	
Level of evidence ระดับ B		Findings 1. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01	
Objective เพื่อการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อการระงับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท		Implication เมื่อเปรียบเทียบการดูแลแยกเป็นภาระเชิงประนัยและเชิงจิตนัย พบว่าการะงับจิตนัยของกลุ่ม	
		2. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่ม	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year/ Title/Design / Level of evidence/ Objective	Sample / Setting / Outcome /Method/ Instrument Findings /	Intervention/ Implication
	ทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01	ทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญสำหรับผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว คือ บิดามารดา สามีและภรรยาอายุใกล้เคียงกัน ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเหมือนกัน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีการเผชิญปัญหาด้านเดียวกันจะช่วยเหลือการสนับสนุนด้านอารมณ์ได้ดี เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ลดการออกจากกลุ่ม ช่วยให้เกิดปัจจัยบำบัดได้มากขึ้น แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์โครงสร้างลักษณะผู้นำ และสมาชิกกลุ่มด้วย ควรมีการวัดผลในระยะยาว เพราะถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยได้ถือการผู้ป่วยสงบ ไม่รบกวนผู้ดูแลส่งผลต่อการลดภาระเชิงปริมาณ การทำกลุ่ม 2 ครั้งต่อวัน ช่วยให้ผู้ดูแลสะดวกและประหยัดเวลา สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้โดยผู้นำกลุ่มต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องกระบวนการกลุ่มและมีทักษะในการทำกลุ่ม

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year/ Title/Design / Level of evidence/ Objective	Sample / Setting / Outcome /Method/ Instrument Findings /	Intervention/ Implication
	ระดับ 0.01	Implication จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ผลของกลุ่ม ระดับแรกของของจิตศึกษา มีผลต่อการลด ความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมี นัยสำคัญและพบว่าการะเชิงประนัยและเชิงอันดับหนึ่งของ กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สมาชิกกลุ่มเป็นทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุ อยู่ ระหว่าง 40-59 ปี มากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาที่ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิธีการทำกลุ่มจะเน้นให้ผู้ดูแลมี ส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการดูแลให้มากที่สุด มีการเชื่อมโยง ประเด็นที่คล้ายคลึงกัน เป็นกลุ่มที่มีโครงสร้าง มีการ กำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหากิจกรรมและการ ประเมินผลอย่างเป็นระบบ ผู้นำกลุ่มควรมีความรู้ เฉพาะทาง สุขภาพจิตและจิตเวชหรือได้รับการอบรม เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์ ในการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year/ Title/Design / Level of evidence/ Objective		Sample / Setting / Outcome /Method/ Instrument Findings /	Intervention/ Implication
Author นงลักษณ์ ทรงถ้ำเญิก	Sample ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยมารับการรักษาร่วมกับ ยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช 20 คน แบ่งเป็นรายกลุ่มๆ ละ 10 คน	Intervention โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อ ความู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มี ขั้นตอนดังนี้ 1.กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิต ศึกษา 2.ใช้เวลาในการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60 – 90 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ 3.กิจกรรมของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 3 การจัดความคิดที่ไม่ถูกต้องและ พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิต เภท กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคมและยุติ กลุ่ม	
Year 2548	Outcome ความรู้สึกละ 10 คน		
Title การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบ กลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	Setting โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	Method and Instrument 1.ก่อนทดลองนำแบบประเมินความรู้สึกละ 10 คน ซึ่งพัฒนามาจากของ Montgomery et al.(1985) ประเมิน ก่อนทดลอง 2.ให้กลุ่มทดลองเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา 3.หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ประเมินความรู้สึกละ 10 คน	
Design Quasi – experimental research (One group pre-post test)	Outcome ความรู้สึกละ 10 คน		
Level of evidence ระดับ B			
Objective เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเสนา ก่อนและหลังการใช้ โปรแกรมสอน สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม	Findings ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกละ เป็นการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองน้อย กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกลังเลในการขอผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year/ Title/Design / level of Evidence/ Objective	Sample / Setting / Outcome /Method/ Instrument	Intervention/ Implication
	Findings /	
		Implication หลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ผู้ดูแลมีความรู้สึกลังเลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงทั้งการเข้าถึงและภาระเชิงอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สมาชิกกลุ่มเป็นผู้ดูแลหลักและอยู่ในครอบครัวเดียวกันมีทั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา มีอายุใกล้เคียงกัน มีปัญหาคล้ายๆกัน เป็นกลุ่มที่มีโครงสร้าง มีการกำหนดเนื้อหาตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดำเนินกลุ่มตามกระบวนการกลุ่ม มีการบอกวัตถุประสงค์เปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์กลุ่มต้องเป็นผู้มีพื้นฐาน ความรู้ความเข้าใจทางพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์และพื้นฐานการสอนและ การทำกลุ่ม

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year/ Title/Design / level of Evidence/ Objective		Sample / Setting / Outcome /Method/ Instrument	Intervention/ Implication
Author	Sample	Intervention	
ศรีสกุล แจ้คำ	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้ป่วยมารักษา หรือมารับใบส่งตัว เพื่อไปรับยาต่อในโรงพยาบาลจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 20 คน โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 6-7 คน	1.กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา 2.ใช้เวลาในการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ 3.กิจกรรมของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย 5 กิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 3 การจัดความคิดที่ไม่ถูกต้องและปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหา และการจัดการกับความเครียด กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคมและชุดกลุ่ม	
Year	Setting	Outcome	
2549	โรงพยาบาลบางจาก อำเภอ พระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ	- ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล - ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	
Title	Method and Instrument		
การศึกษการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มและการวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ	1.ก่อนทดลองนำแบบประเมินความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระซึ่งพัฒนามาจากของ Montgomery et al. (1985) และแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเมินก่อนทดลอง 2.ให้กลุ่มทดลองเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา 3. หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ประเมินความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระ		
Design	Level of evidence		
Quasi – experimental research (One group pre-post test)	ระดับ B		
Objective			
เพื่อเปรียบเทียบภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบางจากก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม			

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกลบเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year/ Title/Design / Level of evidence/ Objective	Sample / Setting / Outcome /Method/ Instrument	Intervention/ Implication
	Findings - ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 - กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05	Implication หลังการใช้โปรแกรมการสอน สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงทั้งการเชิงประนัยและการเชิงอัตนัยอย่างมีนัยสำคัญและยังพบว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน เป็นบิดามารดาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ใกล้เคียงกัน มีการดำเนินตามกิจกรรมแต่ละครั้ง มีการกำหนดโครงสร้างวัตถุประสงค์เนื้อหาของกิจกรรมไว้อย่างชัดเจน ผู้ที่จะนำไปใช้เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งมีพื้นฐานการสอนเป็นอย่างดีจะทำให้ใช้โปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพนอกจากนี้ ยังพบว่าเป็นแนวทางที่ตรงกับปัญหา แสดงความต้องการของผู้ดูแล ดังนั้นหากพยาบาลจิตเวชหรือบุคลากรทางสุขภาพจัดทำโปรแกรม

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกลบด้านผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year/ Title/Design / Level of evidence/ Objective	Sample / Setting / Outcome /Method/ Instrument	Intervention/ Implication
	Findings /	การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มไปประยุกต์ใช้ทั้งในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในและชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เป็นการ พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ควรมีการ ติดตามผลในระยะยาวในชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลมี ทักษะอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year/ Title/Design / Level of evidence/ Objective		Sample / Setting / Outcome /Method/ Instrument	Intervention/ Implication
Author	Sample	Intervention	
Maglano et al.	ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช จำนวน 55 ครอบครัว ละ 4 – 6 คน	การบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทด้วยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา มีขั้นตอนดังนี้	
Year	2005	1.กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	
Title	มหาวิทยาลัยในยุโรป	2.ใช้เวลาในการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 16 สัปดาห์	
ผลการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทด้วยสุขภาพจิตศึกษาโดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกฝนอย่างชำนาญ	Outcome	3.กิจกรรมของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย 3 กิจกรรมดังนี้	
Design	- ความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแล - ความสามารถในการจัดการกับปัญหา - ความสามารถในการติดต่อทางสังคม	กิจกรรมที่ 1 ประเมินความต้องการของแต่ละครอบครัวและสร้างสัมพันธภาพ	
Quasi – experimental research (One group pre-post test)	Method and Instrument	กิจกรรมที่ 2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยและ	
Level of evidence	1.ก่อนและหลังการทดลอง1 ปีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการประเมิน โดยแบบประเมิน3ส่วนคือ แบบประเมินความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระ(Family Problems Questionnaire ,FPQ) 20 ข้อ แบบประเมินการจัดการกับปัญหา (Family Coping Questionnaire,FEQ) 34 ข้อ และแบบประเมินความสามารถในการติดต่อทางสังคม (Network Questionnaire,SNQ) 15 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง	กิจกรรมที่ 3 ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารและยุติกลุ่ม	
ระดับ B	2.ให้กลุ่มทดลองเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	Implication	
Objective	การศึกษามีประสิทธิภาพการบำบัดครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทด้วยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน ผู้ป่วยในหน่วยงานงานวิจัยมีความสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาลเป็นนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในองค์กรได้พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตวิชาชีพ เป็นการบำบัดของ	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year/ Title/Design / Level of evidence/ Objective	Sample / Setting / Outcome /Method/ Instrument Findings /	Intervention/ Implication
	Findings 1.ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการจัดการกับปัญหาและคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการติดต่อทางสังคมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05	ครอบครัวผู้ป่วยในพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชต้องมีการงานเพิ่มขึ้นหรือประยุกต์เข้าในงานที่คล้ายคลึงกันหรือประยุกต์เข้าในงานที่คล้ายคลึงกัน เช่น ร่วมในงานเยี่ยมบ้าน เป็นวิธีที่ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย ผลบำบัดครอบครัว จะช่วยให้ผู้ดูแล ลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระมีทัศนคติที่ดี และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมลดอาการทางจิต เพิ่มความสามารถการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยได้รับการกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลได้ ลดภาระเรื่องค่าใช้จ่ายของญาติ ลดต้นทุนของทางโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้นวัตกรรม คือการฝึกอบรมบุคลากรในพื้นที่ ซึ่งมีควมคุ้มค่า เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year/ Title/Design / Level of evidence/ Objective		Sample / Setting / Outcome /Method/ Instrument Findings /	Intervention/ Implication
Author	Sample	Intervention	
Jeppesen et al.	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มกลุ่มทดลอง 139 คนกลุ่มควบคุม 87 คน	การใช้กลุ่มแบบผสมผสานระหว่างสุขภาพจิตศึกษาและทักษะชีวิต ที่มีต่อความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีขั้นตอนดังนี้	
Year	Setting	1. กลุ่มทดลองเข้ากลุ่มกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษา	
2005	โรงพยาบาลในเมืองโคเปนเฮเก้น ประเทศเดนมาร์ก	2. ใช้เวลาในการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 12 สัปดาห์	
Title	Outcome	3. กิจกรรมของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย 3 กิจกรรมดังนี้	
ผลของการใช้กลุ่มแบบผสมผสานที่มีต่อความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	-ความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแล	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ	
Design	-ความสามารถทางสังคม - ความรู้เรื่องโรคจิตเภท	กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษา	
Random Control Trinal	-การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม	กิจกรรมที่ 3 การเผชิญปัญหาและพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	
(Two group pre-post test)	-ความพึงพอใจในการรักษา	ผู้ดูแลจิตเภท	
Level of evidence	Method and Instrument	Implication	
ระดับ A	1 .ก่อนและหลังการทดลองเป็ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการประเมินส่วนคือ แบบประเมินความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระ(Duration of Problems)	การรักษาแบบผสมผสาน สนับสนุนสมมติฐานด้านการลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระ และเพิ่มความพึงพอใจในการรักษา แต่ไม่แตกต่างในเรื่องของการให้ความรู้เรื่องโรคและการใช้อารมณ์ของครอบครัว (high EE) และมีประสิทธิภาพในการลดอารมณ์	
Objective	ศึกษาผลการใช้กลุ่มแบบผสมผสานที่มีต่อความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	เสถียรในการแสดงออกของคนในครอบครัว	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year/ Title/Design / Level of evidence/ Objective	Sample / Setting / Outcome /Method/ Instrument Findings /	Intervention/ Implication
	satisfaction with treatment) ประเมินการ แสดงออกทางอารมณ์(Expressed emotion) 2. ให้กลุ่มทดลองเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	
	Findings 1. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกรังเกียจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลัง การทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถทาง สังคมและคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง คะแนน เฉลี่ยความรู้สึกรังเกียจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ย ความสามารถทางสังคม คะแนนเฉลี่ยความพึง พอใจและคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์ ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year/ Title/Design /		Sample / Setting / Outcome /Method/	Intervention/ Implication	
Level of evidence/ Objective		Instrument Findings /		
Author		Sample	Intervention	
Cheng & Chan		ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจำนวน 64 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 32 คน กลุ่มควบคุม 32 คน	การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนี้	
Year	2005		1.กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	
Design		Setting	2.ใช้เวลาในการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์	
Random Control Trainal		โรงพยาบาลในฮ่องกง	3.กิจกรรมของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย 8 กิจกรรมดังนี้	
(Two group pre-post test)		Outcome	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ	
Level of evidence		-ความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแล	กิจกรรมที่ 2 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท	
ระดับ A		-ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	กิจกรรมที่ 3 สาเหตุของการเจ็บป่วย	
Objective		Method and Instrument	กิจกรรมที่ 4 การรักษาโรคจิตเภท	
การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในฮ่องกง		1.ก่อนทดลองนำแบบประเมินความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระ ซึ่งพัฒนามาจากของ Pai & Kapur (1981) และใช้แบบประเมินความสามารถในตนเอง (General Perceired Self – Efficacy Scale,SES)	กิจกรรมที่ 5 ความรู้ถึงของผู้ดูแล	
		พัฒนามาจาก Zhang& Schwanger (1995)	กิจกรรมที่ 6 สัมพันธ์ภาพของครอบครัวกับผู้ป่วย	
		ประเมินทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	กิจกรรมที่ 7 การเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียด	
		2.ให้กลุ่มทดลองเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา	กิจกรรมที่ 8 การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและญาติ	
		3. หลังการทดลอง10 สัปดาห์ ประเมินความรู้สึกรังเกียจ ประเมินความสามารถในตนเอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year/ Title/Design / Level of evidence/ Objective	Sample / Setting / Outcome /Method/ Instrument	Intervention/ Implication
	Findings	
	1. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองน้อยกว่าก่อน ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01	
	2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01	
	3. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มมีความคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year/ Title/Design / Level of evidence/ Objective	Sample / Setting / Outcome /Method/ Instrument Findings /	Intervention/ Implication
		Implication การศึกษาวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเป็นสิ่งที่ดี ในการกำกับการดูแล เป็นกิจกรรมระยะสั้น เสียค่าใช้จ่ายน้อย สามารถจัดเป็นกิจกรรมในกิจกรรมประจำวันสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้ และยังช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ดูแล เช่น เรื่องการเงิน สวัสดิการสังคม ผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเป็นไปในทางบวกแต่ในบางข้อไม่มีความแตกต่าง อาจเป็นเพราะใช้ระยะเวลาทดสอบสั้นเกินไปเพียง 10 สัปดาห์ ควรมีการใช้เวลานานขึ้น และมีการติดตามครอบครัวผู้ช่วยด้วยจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น แม้การศึกษาครั้งนี้จะทำให้มีความมั่นใจมากขึ้นก็ยังมีข้อจำกัดในการวัดอาจเกิดขึ้นจากอคติในทางสังคมและในการตอบคำถามได้ การศึกษานี้วัดเพียงแค่การรับรู้ของผู้ดูแล ขณะที่ผู้ช่วยชาญย่ำว่าการวิจัยผู้ดูแลเรื่องทักษะเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year/ Title/Design / Level of evidence/ Objective	Sample / Setting / Outcome /Method/ Instrument Findings /	Intervention/ Implication
		ทักษะการแก้ปัญหาการศึกษาครั้งนี้เลือกเฉพาะผู้สนใจเข้าร่วมโครงการเท่านั้น จึงเป็นกลุ่มที่มีแรงจูงใจสูงอยู่แล้วจึงเหมาะสมกับสองกอง เป็น โครงการที่ช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญศึกษาระยะของผู้ดูแลความสามารถในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลได้ชัดเจนขึ้น

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year/ Title/Design / Level of evidence/ Objective		Sample / Setting / Outcome /Method/ Instrument Findings /		Intervention/ Implication
Author	Sample	Intervention		
Mingyan & Heqin	ผู้ดูแลผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน 5 เมือง จำนวน 3,092 คน แบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 2,076 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 1,016คนแบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 20 – 40 คน	การให้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีขั้นตอนดังนี้ 1.กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา 2.ใช้เวลาในการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เดือนละ 1 ครั้ง และ 2 เดือนต่อครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 12 เดือน 3.กิจกรรมของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย 3 กิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1 ความรู้เรื่องโรคจิต กิจกรรมที่ 2 บทบาทญาติในการดูแลและปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 3 ขาทางจิตเวชและฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา		
Year	Setting			
1993	ในโรงพยาบาล 5 เมืองของประเทศจีน			
Title	Outcome			
ผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	-ความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแล -ความรู้เรื่องโรคจิตเภท			
Design	Method and Instrument			
Prospective Cohort Study (Two group pre-post test)	1.ก่อนทดลองนำแบบประเมินความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระซึ่งพัฒนามาจากของ Pai & Kapur (1981)และใช้แบบประเมินประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2.ให้กลุ่มทดลองเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา 3. หลังการทดลอง 1 ปี ประเมินความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระ ประเมินประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและติดตามผล 5 ปี			
Level of evidence				
ระดับ B				
Objective				
ศึกษาผลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทศึกษาติดตาม 5 เดือน ในประเทศจีน				

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

Author / Year/ Title/Design / Level of evidence/ Objective	Sample / Setting / Outcome /Method/ Instrument Findings /	Intervention/ Implication
	Findings 1.ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 2.กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 3.ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรังเกียจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01	Implication จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาออกจากรังเกียจให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกรังเกียจลดลงผู้ดูแลยังมีความรู้ความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยได้ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้นป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรค ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีสังคมและอาชีพดีขึ้นแต่ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยติดต่อกับการรักษาจากแพทย์และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอด้วย ส่วนการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาทำให้เกิดประสิทธิภาพ ผู้นำกลุ่ม ควรจะได้รับการฝึกอบรม และได้รับการฝึกฝนการทำกลุ่มจนมีทักษะความรู้ความชำนาญจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยได้ แต่ควรคำนึงถึง ขนาด ระยะเวลาของกิจกรรมอย่างเหมาะสมซึ่งสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถแบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 6 กลุ่ม

1. คุณภาพและความพอเพียงของงานวิจัย
2. ส่วนประกอบของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย
 - 2.1 ลักษณะและขนาดของกลุ่ม
 - 2.2 ผู้นำกลุ่ม
 - 2.3 ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม
 - 2.4 ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม
 - 2.5 ความถี่ในการดำเนินกลุ่ม
 - 2.6 จำนวนครั้งของการเข้ากลุ่ม
3. ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ปัจจัยบำบัดของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. เครื่องมือที่ใช้วัดผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. ผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คุณภาพและความพอเพียงของงานวิจัย

จากการศึกษาพบว่างานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัยพบว่า เป็นการศึกษาที่เป็น Randomized Controlled Trials ที่อยู่ในระดับ A จำนวน 2 เรื่อง เป็น Two group pre-post test design (Cheng & Chan, 2005; Jeppesen et al., 2005) เป็น Quasi Experimental Research อยู่ในระดับ B จำนวน 6 เรื่อง แบ่งเป็น Two group pre-post test design จำนวน 3 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; ดรุณี คชพรหม, 2543) และเป็น One group pre-post test design จำนวน 3 เรื่อง (Magliano et al., 2005; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

ส่วนประกอบของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกละอายใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษพบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกละอายใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดจำนวน 8 เรื่อง จะประสบความสำเร็จได้ต้องมีส่วนประกอบดังนี้

1. ลักษณะและขนาดของกลุ่ม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง ลักษณะของกลุ่มเป็นแบบปิดที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกัน การแบ่งกลุ่มขนาดของกลุ่มไม่เท่ากัน มีตั้งแต่กลุ่มขนาดเล็ก ขนาดกลางและขนาดใหญ่ กลุ่มขนาดเล็กมีจำนวนสมาชิก 4 - 7 คน จำนวน 3 เรื่อง (Jeppesen et al., 2005; Magliano et al., 2005; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) กลุ่มขนาดกลางมีจำนวนสมาชิก 8 - 12 คน จำนวน 3 เรื่อง (ดรุณี คชพรหม, 2543; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548) กลุ่มขนาดใหญ่มีจำนวนสมาชิก 20 - 40 คน จำนวน 2 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; Cheng & Chan, 2005)
2. ผู้นำกลุ่ม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่องพบว่าผู้นำกลุ่มมีหลากหลายวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจิตเวชมีจำนวน 5 เรื่อง (Cheng & Chan, 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; ดรุณี คชพรหม 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) รองลงมาเป็นวิชาชีพทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและอื่นๆเช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด มีจำนวน 2 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; Magliano et al., 2005) เป็นจิตแพทย์ มีจำนวน 1 เรื่อง (Jeppesen et al., 2005)
3. ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่องพบลักษณะของสมาชิก เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยและเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ลักษณะของสมาชิกกลุ่มที่พบจากมากไปหาน้อยได้แก่ บิดามารดาสามี ภรรยา พี่น้อง บุตร ปู่ย่า และเพื่อน โดยที่มี 6 งานวิจัยที่สมาชิกประกอบด้วย บิดา มารดา สามี

ภรรยา พี่น้อง และบุตร (Mingyan & Heqin, 1993; Magliano et al., 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; ครุณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) และมี 2 งานวิจัยที่สมาชิกประกอบด้วย ปู่ ย่า และ เพื่อน (Cheng & Chan, 2005; Jeppesen et al., 2005;

4. ระยะเวลา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง พบว่าระยะเวลาในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที มีจำนวน 6 เรื่อง (Jeppesen et al., 2005; Magliano et al., 2005; ครุณี คชพรหม, 2543; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) รองลงมาใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง มีจำนวน 2 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; Cheng & Chan, 2005)

5. ความถี่ในการดำเนินกลุ่ม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง พบว่าความถี่ในการดำเนินกลุ่ม ส่วนใหญ่ใช้ความถี่ 1-2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ มีจำนวน 6 เรื่อง (Cheng & Chan, 2005; Jeppesen et al., 2005; Magliano et al., 2005; ครุณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) รองลงมาใช้ความถี่วันละ 2 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (สกาวรัตน์ ภูผา, 2543) และมีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่องใช้ความถี่ทุกสัปดาห์จำนวน 5 ครั้ง ต่อจากนั้นทุกเดือนจำนวน 4 ครั้ง และหลังจากนั้นทุก 2 เดือน จำนวน 3 ครั้ง (Mingyan & Heqin, 1993)

6. จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง พบว่ามีจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มไม่เท่ากันมีตั้งแต่จำนวนครั้งน้อย จำนวนครั้งปานกลางและจำนวนครั้งมาก จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มน้อยคือ 3 ครั้ง มีจำนวน 3 เรื่อง (Jeppesen et al., 2005; Magliano et al., 2005; Mingyan & Heqin, 1993) จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มปานกลางคือ 4 - 5 ครั้ง มีจำนวน 2 เรื่อง (นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มมาก 6 - 8 ครั้ง มีจำนวน 3 เรื่อง (Cheng & Chan, 2005; ครุณี คชพรหม, 2543; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543)

ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของกลุ่มของการใช้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง พบว่าลักษณะกิจกรรมเป็นการให้ความรู้กลุ่มที่มีการบรรยาย อภิปรายและฝึกทักษะ

1. ส่วนเนื้อหากิจกรรมที่พบเหมือนกัน ได้แก่

1.1 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา มีจำนวน 8 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; Cheng & Chan, 2005; Jeppesen et al., 2005; Magliano et al., 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; ครุณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

1.2 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ มีจำนวน 6 เรื่อง (Cheng & Chan, 2005; Jeppesen et al., 2005; ครุณี คชพรหม, 2543; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

1.3 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียดมี 5 เรื่อง (Cheng & Chan 2005; Jeppesen et al., 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) การพัฒนาทักษะทางสังคม มี 4 เรื่อง (สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; ครุณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

1.4 การสื่อสารของญาติและผู้ป่วยมี 3 เรื่อง (Cheng & Chan 2005; Magliano et al., 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543)

1.5 การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้องและการปรับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย มี 2 เรื่อง (นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

2. ส่วนลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาที่แตกต่างกันได้แก่

2.1 การประเมินความต้องการของแต่ละครอบครัว มี 1 เรื่อง (Magliano et al., 2005)

2.2 บทบาทของญาติในการดูแลและการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย มี 1 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993)

ปัจจัยนำบ่งชี้ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกละอายใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

จากการวิเคราะห์ ผลการศึกษา 8 เรื่องมีปัจจัยนำบ่งชี้ที่เกิดขึ้นได้แก่

1. การให้ข้อมูลหรือแนะนำ (Imparting of information, guidance) มีจำนวน 8 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; Cheng & Chan, 2005; Jeppesen et al., 2005; Magliano, et al., 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; ครุณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

2. การระบาย (Cathasis) มีจำนวน 8 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; Cheng & Chan, 2005; Jeppesen et al., 2005; Magliano et al., 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; ครุณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

3. การมีความรู้สึกล้ายคลึง (Universality) มีจำนวน 4 เรื่อง (ครุณี คชพรหม 2543; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

4. ความรู้สึกละอายใจเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group cohesiveness) มีจำนวน 4 เรื่อง (ครุณี คชพรหม, 2543; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

5. ความหวัง (Instillation of hope) มีจำนวน 2 เรื่อง (ดรุณี คชพรหม, 2543; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543)
6. การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) มีจำนวน 2 เรื่อง (Cheng & Chan, 2005; Magliano et al., 2005)
7. การได้รู้ความจริงของชีวิต (Existential factors) มีจำนวน 1 เรื่อง (สกาวรัตน์ ภูผา, 2543)
8. ความเกื้อกูลกัน (Atruism) มีจำนวน 1 เรื่อง (สกาวรัตน์ ภูผา, 2543)

เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง พบว่ามีการใช้เครื่องมือวัดผลก่อนและหลังการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือที่ใช้วัดผู้ดูแล ประกอบด้วย

1. โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา มีจำนวน 8 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; Cheng & Chan, 2005; Jeppesen et al., 2005; Magliano et al., 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; ดรุณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

2. แบบประเมินและแบบทดสอบ ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระซึ่งพัฒนาโดย Montgomery et al. (1985) มีจำนวน 3 เรื่อง (ดรุณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) พัฒนาโดย Pai & kapur (1981) มีจำนวน 3 เรื่อง (Mingyan & Heqin , 1993; Cheng & Chan, 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543) และพัฒนาโดยผู้วิจัย มีจำนวน 2 เรื่อง (Jeppesen et al., 2005; Magliano et al., 2005)

2.2 แบบทดสอบความรู้มีจำนวน 4 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; Jeppesen et al., 2005; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

2.3 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมีจำนวน 4 เรื่อง (Cheng&Chan, 2005; Magliano et al., 2005; Jeppesen et al., 2005; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

2.4 แบบประเมินการติดต่อทางสังคมมีจำนวน 1 เรื่อง (Cheng & Chan , 2005)

2.5 แบบประเมินการจัดการกับปัญหาผู้ป่วยมีจำนวน 1 เรื่อง (Magliano et al., 2005)

2.6 แบบประเมินความพึงพอใจมีจำนวน 1 เรื่อง (Magliano et al., 2005)

2.7 แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์มีจำนวน 1 เรื่อง (Magliano et al., 2005)

ผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษารวม 8 เรื่อง พบว่าผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระจากการวิเคราะห์ผลการศึกษารวมพบว่าความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลของการศึกษาทั้ง 8 เรื่องพบว่าหลังการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลมีความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความรู้ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 4 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความรู้ (Mingyan & Heqin, 1993; Jeppesen et al., 2005; นงลักษณ์ ทรงถำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) พบว่าหลังการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 4 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (Cheng & Chan, 2005; Magliano et al., 2005; Jeppesen et al., 2005; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) พบว่าหลังการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การติดต่อทางสังคม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในการติดต่อทางสังคม (Cheng & Chan, 2005) พบว่าหลังการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลมีการติดต่อทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การจัดการกับปัญหา จากการวิเคราะห์การศึกษามี 1 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องการจัดการกับปัญหา (Magliano et al., 2005) พบว่าหลังการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลมีการจัดการกับปัญหาผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ความพึงพอใจ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษามี 1 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความพึงพอใจในการรักษา (Magliano et al., 2005) พบว่าหลังการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5 อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อวิเคราะห์งานวิจัย และหลักฐานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับการอภิปรายผลการศึกษา ผู้ศึกษาได้แบ่งเป็นกลุ่มอภิปรายได้ดังนี้

1. คุณภาพและความพอเพียงของงานวิจัย
2. ส่วนประกอบของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องมีองค์ประกอบดังนี้
 - 2.1 ลักษณะและขนาดของกลุ่ม
 - 2.2 ผู้นำกลุ่ม
 - 2.3 ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม
 - 2.4 ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม
 - 2.5 ความถี่ในการดำเนินกลุ่ม
 - 2.6 จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม
3. ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ปัจจัยนำบ้ดของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. เครื่องมือที่ใช้วัดผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. ผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คุณภาพและความพอเพียงของงานวิจัย

สำหรับการศึกษานี้มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 8 เรื่องจากทั้งหมด 1,037 เรื่อง จะเห็นได้ว่ายังมีงานวิจัยศึกษาเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างน้อยแต่งงานวิจัยทั้ง 8 เรื่องนี้เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพทั้ง 8 เรื่องซึ่งเมื่อนำผลการวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพ โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบเป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized Control Trial อยู่ในระดับ A จำนวน 2 เรื่อง และเป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 6 เรื่อง เป็นงานที่ศึกษาในประเทศไทย 4 เรื่องและเป็นงานที่ศึกษาในต่างประเทศ 4 เรื่อง ดังนั้นองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้จากงานวิจัยทั้ง 8 เรื่องนับได้ว่าเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณภาพจากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่องนี้พบว่ามีการศึกษาถึงผลสำเร็จของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาซึ่งทำให้ได้ผลลัพธ์ที่นอกจากจะช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระและยังมีผลด้านอื่นๆตามมาด้วยทั้งนี้การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระที่ได้ผลดีต้องมียุทธศาสตร์ประกอบที่สำคัญหลายอย่างด้วยกันซึ่งจากสิ่งที่ได้จากการศึกษาทั้งหมดจะช่วยอธิบายในหัวข้อถัดไป

ส่วนประกอบของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องมีองค์ประกอบดังนี้

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่องพบว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา สามารถลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องมียุทธศาสตร์ประกอบการใช้กลุ่มดังนี้

1. ลักษณะและขนาดของกลุ่ม การวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง เป็นกลุ่มปิด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า สมาชิกกลุ่มมารวมกันเพื่อวัตถุประสงค์ได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท พยาธิสภาพ การดำเนินโรค และการรักษาผู้ป่วย ช่วยเหลือประคับประคองสมาชิกและลดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหวังที่เกิดจากการดูแลสมาชิก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jacobs et al. (2002) ได้พูดถึงลักษณะของกลุ่มว่า การจะใช้กลุ่มปิดหรือกลุ่มเปิด ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม กลุ่มปิดเป็นกลุ่มที่มีขนาดของกลุ่มที่แน่นอน ตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินกลุ่มครั้งแรก โดยไม่รับสมาชิกใหม่ มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน โดยส่วนใหญ่แล้ว กลุ่มบำบัด เช่น กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา การจัดกลุ่มปิดจะมีความเหมาะสมกว่าเพราะสมาชิกพัฒนาความไว้วางใจกันได้ง่าย หากเป็นกลุ่มเปิดสมาชิกอาจรู้สึกแตกต่างและต้องใช้เวลาอันยาวนานจนทำให้กระบวนการกลุ่มไม่ต่อเนื่อง

ส่วนขนาดของกลุ่มจากการศึกษามาทั้ง 8 เรื่อง ส่วนใหญ่มีความหลากหลาย ตั้งแต่ 4 – 7 คน, 8 – 12 คน , 20 – 40 คน ซึ่งผลการศึกษาไม่แตกต่างกัน สามารถทำกลุ่มได้ ไม่ว่ากลุ่มขนาดเล็กหรือกลุ่มขนาดใหญ่เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jacobs et al. (2002) กล่าวว่ากลุ่มควรมีขนาดใด ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ระยะเวลา และประสบการณ์ของผู้ทำกลุ่ม

2. ผู้นำกลุ่ม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่องพบว่าผู้นำกลุ่มมีหลากหลายวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช วิชาชีพทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและอื่นๆเช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ที่ได้ผ่านการอบรมฝึกฝนจนชำนาญการนาน 40 ชั่วโมง แสดงให้เห็นว่าผู้นำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาไม่จำกัดเฉพาะวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง ผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์สามารถเป็นผู้นำกลุ่มได้ (Magliano et al., 2005) แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้นำกลุ่มเป็นพยาบาลจิตเวชมากที่สุด

3. ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่องพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร ปู่ ย่า และเพื่อน ส่วนใหญ่ลักษณะของสมาชิกกลุ่มที่พบเป็น บิดา มารดา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา สามีและภรรยา (Roes, 1996; วรภช นิธิกุล, 2535) เพราะบิดา มารดา อยู่ในบทบาทที่จะต้องให้การดูแลบุตร ทั้งในยามปกติและภาวะเจ็บป่วย จึงเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยเข้าใจและให้ความรักความห่วงใยได้ดีกว่าบุคคลอื่นหรือบุคคลที่อ้างมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pakenham & Dadds (1990 อ้างใน สกาวรัตน์ ภูษา 2543) พบว่าบิดา มารดา ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับความเดือดร้อน มีความทุกข์ใจ วิตกกังวล เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

4. ระยะเวลา ในการเข้ากลุ่ม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง พบว่าส่วนมากใช้ระยะเวลาในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง มีความหลากหลายตั้งแต่ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมงทั้งนี้อธิบายได้ว่าระยะเวลาที่ใช้ขึ้นอยู่กับเนื้อหาของกลุ่มและจำนวนสมาชิกได้มีเวลาเพียงพอที่จะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งหากเวลาที่ใช้ไม่เพียงพอปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือสมาชิกไม่มีโอกาสได้แลกเปลี่ยน บอกเล่าความรู้สึกประสบการณ์ส่วนตัว และจากการศึกษาของ อัญชลี เตมีประดิษฐ์และคณะ (2537) อ้างใน สกาวรัตน์ ภูษา (2543) ที่ศึกษาผลการให้ความรู้โรคจิตเภทแก่ญาติผู้ป่วยในโรงพยาบาลประสาทสงขลา เลือกระยะเวลาในการเข้ากลุ่มที่ตรงกับเนื้อหาในการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรมประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที สำหรับกลุ่มให้ความรู้ระยะเวลาที่เหมาะสมคือ 1 -2 ชั่วโมงและขึ้นอยู่กับเนื้อหาของกลุ่ม (Jacobs et al., 2002)

5. ความถี่ในการดำเนินกลุ่ม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่องพบว่าความถี่ในการดำเนินกลุ่มมีความหลากหลาย ตั้งแต่ วันละ 2 ครั้ง , 1- 2 สัปดาห์ต่อครั้ง, เดือนละ 1 ครั้ง ถึง 2 เดือนต่อ 1 ครั้ง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยได้แก่วัตถุประสงค์ของกลุ่ม สถานที่อยู่ของสมาชิก

กลุ่ม จากการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง สมาชิกกลุ่มเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสถานที่ทำกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาล หรือศูนย์สุขภาพจิตและจิตเวชที่ทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาการเดินทางบางรายไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ (Mingyan & Heqin, 1993; Magliano et al., 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543) ที่ตรงกับ Jacobs et al. (2002) กล่าวว่าความถี่ในการดำเนินกลุ่มขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่มและสถานที่ของสมาชิกกลุ่มหากกลุ่มจัดตั้งในสถานที่เดียวกับที่สมาชิกพักอยู่ เช่น ผู้ป่วยในโรงพยาบาล การทำกลุ่มสามารถพบกัน วันละ 1 ครั้ง หรือ 2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หากเป็นผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลการทำกลุ่มอาจพบกัน สัปดาห์ละครั้ง แต่ประเด็นสำคัญในการกำหนดความถี่ของการดำเนินกลุ่มคือ การพบกันต้องไม่บ่อยเกินไป จนสมาชิกรู้สึกเบื่อ หรือห่างกันจนทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นการเริ่มต้นใหม่

6. จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง พบว่าจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มมีตั้งแต่ น้อยถึงมากคือ 3 ครั้ง , 4 – 5 ครั้ง , 6 – 8 ครั้ง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่มและความเป็นไปได้ที่สมาชิกจะมาเข้ากลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith & Birch wood (1987) ซึ่งศึกษาผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยจัดให้สมาชิกเข้ากลุ่มจำนวน 4 ครั้งและการศึกษาของ Abramowitz & Coursey (1989) ที่ได้ศึกษาอิทธิพลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้ากลุ่มจำนวน 6 ครั้งซึ่งการศึกษาทั้ง 2 ก็ได้ผลไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanfer & Goldsteiu (1975) พบว่าจำนวนครั้งที่ได้ผลดีที่สุดในการเข้ากลุ่มคือ 6 – 8 ครั้ง ซึ่งจากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง ที่มีจำนวนครั้งของการเข้ากลุ่ม 3 – 8 ครั้ง ก็ได้ผลไม่แตกต่างกันสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีงานวิจัย 3 เรื่องที่ให้สมาชิกเข้ากลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง และผลของการศึกษาสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระลดลง เช่นเดียวกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การจัดโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาของกลุ่มดังกล่าวมีเนื้อหาหลัก 3 เรื่อง คือ การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การให้สมาชิกได้ระบายและประคับประคอง ซึ่งเนื้อหาหลักทั้ง 3 เป็นเนื้อหาที่สำคัญ และมีความจำเป็นต่อการทำให้ผู้ดูแลเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งการให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลายทางด้านจิตใจและอารมณ์ ในขณะที่กลุ่มที่ใช้เวลามากกว่า 3 ครั้ง พบว่าโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษา มีเนื้อหาหลักดังกล่าวร่วมด้วย แต่เพิ่มเนื้อหาเสริมที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือเสริมทักษะชีวิต ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลเช่นกัน

ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่องพบว่าลักษณะกิจกรรมมีการดำเนินตามขบวนการกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาตามขั้นตอน 3 ระยะคือ ระยะเริ่มต้นกลุ่มมีการสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ ระยะดำเนินการกลุ่มเป็นระยะที่ช่วยให้สมาชิกเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก้ไขปัญหา และระยะสิ้นสุดกลุ่มเป็นระยะที่ช่วยให้สมาชิกมีความรู้ความมั่นใจในการแก้ปัญหา (Marram, 1978) และพบว่าลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการให้ความรู้โดยการชี้แนะ สนับสนุน การฝึกทักษะ ส่วนเนื้อหากิจกรรมที่พบมากที่สุดทุกงานวิจัย ได้แก่ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทสาเหตุ อาการ และการรักษา และรองลงมาคือ การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจ ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมการสร้างควมมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของสถาบันกัลยาธรรณครินทร์ (2547) และเทคโนโลยีการให้ความรู้และทักษะแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทสำหรับบุคลากร ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา (2547) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ที่มีรูปแบบการประทับประคอง โดยผู้นำกลุ่มสร้างบรรยากาศให้สมาชิกรู้สึกถึงความเกื้อกูลอบอุ่น ทำให้สมาชิกเชื่อถือและได้รับประสบการณ์ในกลุ่ม จะช่วยลดความวิตกกังวลซึ่งอยู่ในทุกขั้นตอนของการทำกลุ่ม มีการบริการด้านความรู้ความเข้าใจ เรื่องการเกิดโรค สาเหตุ อาการ การรักษา การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา มีการลดความตึงเครียดของสมาชิกในครอบครัว เกิดการจัดการด้านการสื่อสารที่ดีรวมถึงการสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเครือข่ายช่วยเหลือแหล่งประโยชน์ทางสังคม เมื่อสมาชิกเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วย ช่วยลดความกดดันได้ สรุปได้ว่าลักษณะของกิจกรรมและเนื้อหาขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้นำกลุ่มและวัตถุประสงค์ของสมาชิกกลุ่มรวมถึงองค์ประกอบของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

ปัจจัยบำบัดของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง พบว่าปัจจัยบำบัดที่พบมากที่สุด คือ การให้และรับข้อมูลข่าวสาร การได้ระบายความรู้สึกและการมีความรู้สึกที่คล้ายคลึงกัน ตรงกับวัตถุประสงค์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การดำเนินโรค และการรักษาผู้ป่วย เป็นการช่วยเหลือประทับประคองแก่สมาชิก และลดความรู้สึกคับข้องใจส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและสามารถควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ภายในครอบครัวให้เหมาะสมขึ้น (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2539) เมื่อสมาชิกได้เข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ทำให้สมาชิกเกิดความคุ้นเคยกันรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน กล่าวระบายความคิดเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มี

ความรู้สึกที่คล้ายคลึงกันทำให้สมาชิกเกิดการยอมรับว่า ทุกคนมีปัญหาเหมือนกันทำให้ความรู้สึกทุกข์ใจ ไม่สบายใจลดลง มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นส่งผลให้เกิดปัจจัยบำบัดดังกล่าวมากขึ้นด้วย ส่วนปัจจัยบำบัดที่พบน้อยที่สุดคือ การได้รับความจริงของชีวิตและการเกื้อกูลกันเป็น เพราะกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เป็นกลุ่มที่มีวัตถุประสงค์หลักในการให้ความรู้แก่สมาชิกทำให้กระบวนการกลุ่มไม่มีความซับซ้อน การเกิดปัจจัยบำบัดจึงเกิดมาน้อยแตกต่างกันไปตามชนิดของกลุ่ม แต่ปัจจัยบำบัดก็มีความสำคัญต่อกระบวนการและความสำเร็จของกลุ่มยังพบว่าปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มมีความสำคัญต่อการบำบัดอย่างยิ่ง (Yalom, 1975)

เครื่องมือที่ใช้วัดผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา พบว่ามีความหลากหลายขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และพื้นฐานความรู้ความชำนาญของผู้วิจัยแต่ละคน อย่างไรก็ตามแนวคิดของโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาจะมีความเหมือนกันในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและการรักษา การสนับสนุนให้กำลังใจ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ที่กล่าวว่าโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย การบริการความรู้เรื่องโรค สาเหตุ การรักษา การประคับประคองอารมณ์และจิตใจ ลดความตึงเครียดของผู้ดูแลและการสร้างเครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในกลุ่ม ครอบครัว ชุมชน

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่องพบว่า มี 3 เรื่อง (ดรณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) ที่ใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนามาจากแบบวัดความรู้สึกเป็นภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ Montgomery et al. (1985) อีก 3 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; Cheng & Chan, 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543) ใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนามาจากแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ Pai & kapur (1981) ที่เหลือใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระและแบบทดสอบอื่นๆที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง (Magliano et al., 2005; Jeppesen et al., 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tompson et al. (1993) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กล่าวถึงการใช้แบบประเมินภาระของผู้ดูแลมีรูปแบบที่แตกต่างกันไป ผู้วิจัยส่วนใหญ่จะสร้างเครื่องมือตามแนวคิดของตนเอง

นอกจากจะประเมินความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ในแต่ละงานวิจัยก็ยังมี การใช้แบบประเมินเพื่อประเมินด้านอื่นๆ อีก ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยที่ต้องการจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้หรือความสามารถในด้านใด เช่น ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความสามารถ

ในการจัดการกับปัญหาผู้ป่วย การแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ความสามารถในการติดต่อทางสังคม และความพึงพอใจในการบำบัดรักษาเป็นต้น

ผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกละอายใจเป็นภาระของผู้ดูแล

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่องพบว่า การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีผลในการลดความรู้สึกละอายใจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ทุกการศึกษานอกจากนี้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษายังช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีการติดต่อทางสังคมดีขึ้น มีทักษะในการจัดการกับปัญหา มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และมีความพึงพอใจในการบำบัดรักษา อันอาจเกิดจากการที่ผู้ดูแลได้มาเข้ากลุ่ม ซึ่งตามระยะพัฒนาการของกลุ่มนั้น (Marram, 1978) ในระยะสร้างสัมพันธภาพจะทำให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีภาระเชิงอัตนัย หากได้พูดคุยกับบุคคลที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกับตัวเองจะช่วยสนับสนุนด้านอารมณ์ได้ดี (Ip & Mackenzie, 1998) และเมื่อผู้ดูแลได้มีโอกาสพูดคุยแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์และได้รับข้อมูลคำแนะนำต่างๆ จากผู้นำกลุ่มจากผู้ดูแลคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ (Magliano et al., 2005; Jeppesen et al., 2005) อันจะมีผลทำให้ความรู้สึกละอายใจลดลง ในแง่ของการมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและการมีทักษะการติดต่อทางสังคมนี้ Montgomery et al. (1985) กล่าวว่า การที่ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือข้อมูลคำแนะนำอื่นๆ จากพยาบาลและสมาชิกผู้ดูแลในกลุ่มเดียวกัน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ดูแลสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ และควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นมากขึ้นได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง ช่วยลดความตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วยได้ (Tompson et al., 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pai & kapur (1981) พบว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ภาระการดูแลลดลง ผู้ดูแลมีการปรับตัวและทำหน้าที่ทางสังคม รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นด้วย เมื่อผู้ดูแลได้เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ส่งผลให้ความรู้สึกละอายใจเป็นภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัยจะลดลงแล้ว ผู้ดูแลยังมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสืบค้น วิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องเป็นการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่นำมาศึกษาทั้งหมด 8 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 2 เรื่อง และเป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย 4 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ 4 เรื่อง และผลจากการศึกษาวิเคราะห์งานวิจัยทั้งหมด สามารถสรุปสาระสำคัญในการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทคือ 1) ส่วนประกอบของการใช้กลุ่มของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ลักษณะและขนาดของกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม ความถี่ในการดำเนินกลุ่ม จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม 2) ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) ปัจจัยบ่าบัดของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4) เครื่องมือที่ใช้วัดผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 5) ผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนประกอบของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

1. ลักษณะและขนาดของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเป็นกลุ่มปิด ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นจนปิดกลุ่ม สมาชิกจะมีพัฒนาการและนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัย เวลา และความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จำนวนสมาชิกที่เป็นองค์ประกอบของกลุ่มมีความสำคัญ ไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป เพราะจะไม่เกิดผลในการบำบัด จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมคือ 8 – 12 คน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ จำนวนสมาชิกมีตั้งแต่ 4 – 7 คน , 8 – 12 คนและสามารถเพิ่มได้มากถึง 20 – 40 คน

2. ผู้นำกลุ่ม การที่กลุ่มจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ตัวผู้นำกลุ่มเองก็เป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งคุณสมบัติผู้นำกลุ่มมีความสำคัญมากต่อทิศทางการกระบวนการกลุ่มนอกจากคุณสมบัติส่วนบุคคลแล้ว ผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถมีประสบการณ์ในการทำกลุ่ม สำหรับผู้นำกลุ่มที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช วิชาชีพทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและวิชาชีพอื่น เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ที่ได้ผ่านการอบรมฝึกฝนอย่างชำนาญการก่อนเป็นผู้นำกลุ่มในการศึกษาผู้นำกลุ่มครั้งนี้พบว่าผู้นำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระเป็นพยาบาลจิตเวชมากที่สุด

3. ลักษณะของสมาชิกกลุ่มประกอบด้วยบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร ปู่ ย่า และเพื่อนซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง และได้รับการยอมรับว่าดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

4. ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม ระยะเวลาที่เหมาะสมในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับเนื้อหากลุ่มและจำนวนสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกมีเวลาอย่างเพียงพอในการที่จะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง ระยะเวลาที่เหมาะสมอยู่ระหว่าง 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง จากการศึกษาระยะเวลาเข้ากลุ่มจากงานวิจัย 8 เรื่องนี้พบว่าอยู่ระหว่าง 1 – 2 ชั่วโมง

5. ความถี่ในการดำเนินกลุ่มความถี่ในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่สำคัญคือ วัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม และสถานที่อยู่ของสมาชิกกลุ่ม จากการวิเคราะห์งานวิจัย 8 เรื่องนี้พบว่าการดำเนินกลุ่มมีความถี่ดังนี้ วันละ 2 ครั้ง ทุกสัปดาห์ ทุก 2 สัปดาห์ เดือนละ 1 ครั้ง และ 2 เดือนต่อ 1 ครั้ง

6. จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ลักษณะกิจกรรมและความเป็นไปได้ที่สมาชิกจะมาเข้ากลุ่ม จากการวิเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้พบว่าจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มทั้ง 8 เรื่องอยู่ระหว่าง 3 – 8 ครั้ง

ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

ลักษณะของกิจกรรมและเนื้อหา จะต้องเลือกให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา มีลักษณะกิจกรรมเป็นการให้ความรู้กลุ่มที่มีการบรรยาย อภิปราย ฝึกทักษะ และมีเนื้อหากิจกรรมเกี่ยวกับ 1) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา 2) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 3) การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียด 4) การพัฒนาทักษะทางสังคม 5) การสื่อสารของญาติและผู้ป่วย 6) การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้องและการปรับทัศนคติ

ปัจจัยบำบัดของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

การที่กลุ่มจะประสบความสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยได้แก่ วัตถุประสงค์ของกลุ่ม องค์ประกอบของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ลักษณะกิจกรรมเนื้อหา รวมถึงปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ก็ส่งผลต่อความสำเร็จของการบำบัด จากการศึกษางานวิจัยทั้ง 8 เรื่องพบว่า กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเป็นกลุ่มที่เน้นการให้ความรู้เป็นหลัก ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นพบจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การให้และรับข้อมูล การได้ระบายความรู้สึก การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การมีความหวัง การเรียนรู้ทักษะทางสังคม การเกื้อกูลกัน การได้รู้ความจริงของชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาวิจัยทั้ง 8 เรื่อง พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย 1) โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 2) เครื่องมือที่ใช้วัด ได้แก่ แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการจัดการกับปัญหาผู้ป่วย แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ และ แบบประเมินความพึงพอใจ

ผลลัพธ์จากการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

ผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาพบว่าความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลลดลง มีทักษะในการติดต่อสื่อสารทางสังคม มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้และมีความพึงพอใจซึ่งผลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ลดการกลับมารักษาซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการแพทย์พยาบาล.

สำหรับทางการแพทย์พยาบาล การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจะนำไปใช้ในการส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชอื่นๆ แต่ทั้งนี้ต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการทำกลุ่มหรือฝึกอบรมจนชำนาญจึงจะสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป.

2.1 โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังยุ่งยากซับซ้อน มีอาการทางจิตกำเริบได้ตลอดเวลา ดังนั้นการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเพียงอย่างเดียวอาจจะยังไม่ครอบคลุม ควรมีการศึกษาถึงเทคนิคการสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 สำหรับประเทศไทยยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่อนข้างน้อย ควรทำการศึกษาให้มากขึ้น เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำไปประกอบเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

2.3 การป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลที่รู้สึกเป็นภาระจากการดูแลต้องมีปัญหาสุขภาพจิต เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่น่าสนใจ และควรทำการศึกษาวิจัย เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จ่านรรจ์ พลไพรินทร์ 4736750 RAMH / M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : จิตติวัลค์ ธรรมไพโรจน์, กศ.ม. (การแนะแนว)

พัชรินทร์ นันทจันทร์, Ph.D. (การพยาบาล)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ มีพฤติกรรม อารมณ์ ผิดปกติจากคนทั่วไป ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ การป่วยด้วยโรคจิตเภทจึงมีความสำคัญเนื่องจากการดำเนินของโรคเรื้อรังและกำเริบได้บ่อยระยะอาการกำเริบผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิดประสาทหลอน มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นและตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล, 2542) และมีโอกาสป่วยซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2545) ภายหลังจากบำบัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว อาการของโรคยังหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมทางจิตใจ และการทำหน้าที่ทางสังคม เช่น อาการเฉยเมย เฉื่อยชา ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ภาระในการดูแลจึงตกอยู่กับผู้ดูแล (Rose, 1996; วรภข นิธิกุล, 2535 อร่ามศรี เกสจินดา, 2537) ทำให้ผู้ดูแลมีภาระ 2 มิติ คือ มิติที่ 1 ภาระเชิงปรณัย เช่น การมีเวลาส่วนตัวลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง มิติที่ 2 ภาระเชิงอัตนัย เช่น มีความทุกข์ใจ กังวลใจ รู้สึกถูกพึ่งพา (Montgomery et al., 1985)

สำหรับวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระคือ การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ตลอดจนการสนับสนุน ปรึกษาประคองด้านอารมณ์

และจิตใจ ด้วยการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ปัจจุบันมีผู้นำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษามาใช้ลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและมีการนำไปปฏิบัติในแนวทางที่หลากหลาย ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพจิต มีบทบาทโดยตรงในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับผู้รับบริการ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์การศึกษาวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความ

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition (DSM - IV) หรือ International Classification of Disease (ICD 10)

ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง แบ่งออกเป็น 2 มิติคือ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิต 5 ด้านคือ การมีเวลาส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงเกิดปัญหาต่อสถานะสุขภาพ 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางจิตใจ อารมณ์ และทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความรู้สึกอับอาย เบื่อหน่ายท้อแท้ ทุกข์ใจ วิตกกังวล รู้สึกถูกผู้ป่วยพึ่งพา

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง หมายถึงบุคคลในครอบครัว ที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยตรงและมีความเกี่ยวข้องโดยเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างใกล้ชิด ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างและรางวัลใดๆ

กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา หมายถึง การผสมผสานแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาที่มีรูปแบบของการให้ความรู้ ที่ประกอบด้วย การประทับประคอง การบริการด้านความรู้เพื่อให้ข้อมูล เพิ่มทักษะ การเผชิญปัญหา ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง และสร้างเครือข่าย โดยใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ มาร์ม

วิธีการดำเนินการศึกษา (Methodology)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกละเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการทบทวนงานวิจัย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน

1. แหล่งข้อมูล ที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) โดยฐานข้อมูลที่เลือกได้มีดังนี้

1.1 สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจาก ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Lib.Cmu) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Library . Care. chula) และห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (md.kku) เป็นต้น

1.2 สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาล ที่สำคัญ ได้แก่ PUBMED, CINAHL, และ OVID

2. คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Schizophrenia, Cargiver, Relatives, Family, Burden, Psychoeducation, Schizophrenia Caregiver burden and Psychoeducation, Schizophrenia relatives burden and Psychoeducation, Schizophrenia family burden and Psychoeducation

3. การคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องใช้เกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

1.1 ชนิดของแนวปฏิบัติการพยาบาล ต้องเป็นงานวิจัยที่ใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล

1.2 ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษา
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกเพศทุกวัย

1.3 เป็นงานวิจัยที่สามารถหา full text ได้

1.4 ชนิดของผลลัพธ์จากงานวิจัย คัดเลือกงานวิจัยที่ใช้ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง
กับความรู้สึกเป็นภาระ

สำหรับจำนวนการศึกษาที่สืบค้นได้คือ 1,037 เรื่องแต่เมื่อพิจารณาจากหลักเกณฑ์เลือกเข้า
และคัดเรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลแล้ว มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์ และมี full text ที่จะนำไป
ประเมินคุณภาพได้จำนวน 8 เรื่อง

แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

สำหรับแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

1. การประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือระดับหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence)
นำผลงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพโดยใช้การประเมินคุณภาพระดับ
งานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งการแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิง 4
ระดับดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-Analysis ของ
งานวิจัยที่ design เป็น Randomized Control Trial (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ design เป็น
randomized Controlled trials (RCT)

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-Analysis ของ
งานวิจัยที่ design เป็น Randomized Control Trial (RCT) อย่างน้อย 1 เรื่องหรือหลักฐานที่ได้จาก
งานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุมแต่เป็นงานกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่ม
ตัวอย่างเข้ากลุ่ม

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเทียบหา
ความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่ม
ผู้เชี่ยวชาญการศึกษาข้อมูลจากงานวิจัย

2. การวิเคราะห์ผลงานวิจัยจะดึงออกมาจากงานวิจัยดังนี้คือ

2.1 ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Problem / Purpose)

2.2 แบบการวิจัย (Research Design)

- 2.3 กลุ่มตัวอย่าง (Sample)
- 2.4 สถานที่หรือแหล่งที่วิจัย (Setting)
- 2.5 ผลลัพธ์ (Outcome)
- 2.6 วิธีการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้วัด (Method / Instrument)
- 2.7 ผลการวิจัย (Finding / Result)
- 2.8 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (Implication/Intervention)

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึก เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถแบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 6 กลุ่ม

1. คุณภาพและความพอเพียงของงานวิจัย
2. ส่วนประกอบของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย
 - 2.1 ลักษณะและขนาดของกลุ่ม
 - 2.2 ผู้นำกลุ่ม
 - 2.3 ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม
 - 2.4 ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม
 - 2.5 ความถี่ในการดำเนินกลุ่ม
 - 2.6 จำนวนครั้งของการเข้ากลุ่ม
3. ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ปัจจัยนำบ่งชี้ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. เครื่องมือที่ใช้วัดผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. ผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คุณภาพและความพอเพียงของงานวิจัย

จากการศึกษาพบว่างานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัยพบว่าเป็นการศึกษาที่เป็น Randomized Controlled Trials ที่อยู่ในระดับ A จำนวน 2 เรื่อง เป็น Two group pre-post test design (Cheng & Chan, 2005; Jeppesen et al., 2005) เป็น Quasi Experimental Research อยู่ในระดับ B จำนวน 6 เรื่อง แบ่งเป็น Two group pre-post test design จำนวน 3 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; ดรุณี คชพรหม, 2543) และเป็น One group pre-post test design จำนวน 3 เรื่อง (Magliano et al., 2005; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

ส่วนประกอบของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกละอายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษพบว่าการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกละอายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดจำนวน 8 เรื่อง จะประสบความสำเร็จได้ต้องมีส่วนประกอบดังนี้

1. ลักษณะและขนาดของกลุ่ม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง ลักษณะของกลุ่มเป็นแบบปิดที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกัน การแบ่งกลุ่มขนาดของกลุ่มไม่เท่ากัน มีตั้งแต่กลุ่มขนาดเล็ก ขนาดกลางและขนาดใหญ่ กลุ่มขนาดเล็กมีจำนวนสมาชิก 4 - 7 คน จำนวน 3 เรื่อง (Jeppesen et al., 2005; Magliano et al., 2005; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) กลุ่มขนาดกลางมีจำนวนสมาชิก 8 – 12 คน จำนวน 3 เรื่อง (ดรุณี คชพรหม, 2543; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548) กลุ่มขนาดใหญ่มีจำนวนสมาชิก 20 – 40 คน จำนวน 2 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; Cheng & Chan, 2005)
2. ผู้นำกลุ่ม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่องพบว่าผู้นำกลุ่มมีหลากหลายวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจิตเวชมีจำนวน 5 เรื่อง (Cheng & Chan, 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; ดรุณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) รองลงมาเป็นวิชาชีพทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและอื่นๆเช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด มีจำนวน 2 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; Magliano et al., 2005) เป็นจิตแพทย์ มีจำนวน 1 เรื่อง (Jeppesen et al., 2005)
3. ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่องพบลักษณะของสมาชิกกลุ่มเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยและเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ลักษณะของสมาชิกกลุ่มที่พบจากมากไปหาน้อยได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร ปู่ ย่าและเพื่อนโดยที่มี 6 งานวิจัยที่สมาชิกประกอบด้วย บิดา

มารดา สามร ภรรยา พี่ น้อง และบุตร (Mingyan & Heqin, 1993; Magliano et al., 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; ครุณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) และมี 2 งานวิจัยที่สมาชิกประกอบด้วย ปู่ ย่า และเพื่อน (Cheng & Chan, 2005; Jeppesen et al., 2005)

4. ระยะเวลา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง พบว่าระยะเวลาในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที มีจำนวน 6 เรื่อง (Jeppesen et al., 2005; Magliano et al., 2005; ครุณี คชพรหม, 2543; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) รองลงมาใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง มีจำนวน 2 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; Cheng & Chan, 2005)

5. ความถี่ในการดำเนินกลุ่ม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง พบว่าความถี่ในการดำเนินกลุ่ม ส่วนใหญ่ใช้ความถี่ 1-2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ มีจำนวน 6 เรื่อง (Cheng & Chan, 2005; Jeppesen et al., 2005; Magliano et al., 2005; ครุณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) รองลงมา ใช้ความถี่วันละ 2 ครั้ง จำนวน 1 เรื่อง (สกาวรัตน์ ภูผา, 2543) และมีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง ใช้ความถี่ทุกสัปดาห์จำนวน 5 ครั้ง ต่อจากนั้นทุกเดือน จำนวน 4 ครั้ง และหลังจากนั้นทุก 2 เดือน จำนวน 3 ครั้ง (Mingyan & Heqin, 1993)

6. จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง พบว่ามีจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มไม่เท่ากันมีตั้งแต่จำนวนครั้งน้อย จำนวนครั้งปานกลางและจำนวนครั้งมาก จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มน้อยคือ 3 ครั้ง มีจำนวน 3 เรื่อง (Jeppesen et al., 2005; Magliano et al., 2005; Mingyan & Heqin, 1993) จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มปานกลางคือ 4 – 5 ครั้ง มีจำนวน 2 เรื่อง (นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มมาก 6 – 8 ครั้ง มีจำนวน 3 เรื่อง (Cheng & Chan, 2005; ครุณี คชพรหม, 2543; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543)

ลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาของกลุ่มของการใช้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกละเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง พบว่าลักษณะกิจกรรมเป็นการให้ความรู้กลุ่มที่มีการบรรยาย อภิปรายและฝึกทักษะ

1. ส่วนเนื้อหากิจกรรมที่พบเหมือนกันได้แก่

1.1 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา มีจำนวน 8 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; Cheng & Chan, 2005; Jeppesen et al., 2005;

Magliano et al., 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; ดรุณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

1.2 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ มีจำนวน 6 เรื่อง (Cheng & Chan, 2005; Jeppesen et al., 2005, 2005; ดรุณี คชพรหม, 2543; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

1.3 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียดมี 5 เรื่อง (Cheng & Chan, 2005; Jeppesen et al., 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) การพัฒนาทักษะทางสังคม มี 4 เรื่อง (สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; ดรุณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

1.4 การสื่อสารของญาติและผู้ป่วยมี 3 เรื่อง (Cheng & Chan 2005; Magliano et al., 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543)

1.5 การจัดการความคิดที่ไม่ถูกต้องและการปรับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย มี 2 เรื่อง (นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

2. ส่วนลักษณะกิจกรรมและเนื้อหาที่แตกต่างกันได้แก่

2.1 การประเมินความต้องการของแต่ละครอบครัว มี 1 เรื่อง (Magliano et al., 2005)

2.2 บทบาทของญาติในการดูแลและการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย มี 1 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993)

ปัจจัยบำบัดของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์ ผลการศึกษา 8 เรื่องมีปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นได้แก่

1. การให้ข้อมูลหรือแนะนำ (Imparting of information, guidance) มีจำนวน 8 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; Cheng & Chan, 2005; Jeppesen et al., 2005; Magliano, et al., 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; ดรุณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

2. การระบาย (Cathasis) มีจำนวน 8 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; Cheng & Chan, 2005; Jeppesen et al., 2005; Magliano et al., 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; ดรุณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

3. การมีความรู้สึกล้ำคลึง (Universality) มีจำนวน 4 เรื่อง (ดรุณี คชพรหม, 2543; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)

4. ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Group cohesiveness) มีจำนวน 4 เรื่อง (ครุณี คชพรหม, 2543; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)
5. ความหวัง (Instillation of hope) มีจำนวน 2 เรื่อง (ครุณี คชพรหม, 2543; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543)
6. การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ (Interpersonal learning) มีจำนวน 2 เรื่อง (Cheng & Chan, 2005; Magliano et al., 2005)
7. การได้รู้ความจริงของชีวิต (Existential factors) มีจำนวน 1 เรื่อง (สกาวรัตน์ ภูผา, 2543)
8. ความเกื้อกูลกัน (Atruism) มีจำนวน 1 เรื่อง (สกาวรัตน์ ภูผา, 2543)

เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง พบว่ามีการใช้เครื่องมือวัดผลก่อนและหลังการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือที่ใช้วัดผู้ดูแล ประกอบด้วย

1. โปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา มีจำนวน 8 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; Cheng & Chan., 2005; Jeppesen et al., 2005; Magliano et al., 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; ครุณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)
2. แบบประเมินและแบบทดสอบ ประกอบด้วย
 - 2.1 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระซึ่งพัฒนาโดย Montgomery et al (1985) มีจำนวน 3 เรื่อง (ครุณี คชพรหม, 2543; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) พัฒนาโดย Pai & kapur (1981) มีจำนวน 3 เรื่อง (Mingyan & Heqin , 1993; Cheng & Chan, 2005; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543) และพัฒนาโดยผู้วิจัย มีจำนวน 2 เรื่อง (Jeppesen et al., 2005; Magliano et al., 2005)
 - 2.2 แบบทดสอบความรู้มีจำนวน 4 เรื่อง (Mingyan & Heqin, 1993; Jeppesen et al., 2005; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)
 - 2.3 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมีจำนวน 4 เรื่อง (Cheng & Chan, 2005; Magliano et al., 2005; Jeppesen et al., 2005; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549)
 - 2.4 แบบประเมินการติดต่อทางสังคมมีจำนวน 1 เรื่อง (Cheng & Chan, 2005)

2.5 แบบประเมินการจัดการกับปัญหาผู้ป่วยมีจำนวน 1 เรื่อง (Magliano et al., 2005)

2.6 แบบประเมินความพึงพอใจมีจำนวน 1 เรื่อง (Magliano et al., 2005)

2.7 แบบประเมินการแสดงออกทางอารมณ์มีจำนวน 1 เรื่อง (Magliano et al., 2005)

ผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 8 เรื่อง พบว่าผลลัพธ์ของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระจากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระของผู้ดูแลของการศึกษาทั้ง 8 เรื่องพบว่าหลังการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลมีความรู้สึกรังเกียจเป็นภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความรู้ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา 4 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความรู้ (Mingyan & Heqin, 1993; Jeppesen et al., 2005; นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) พบว่าหลังการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา 4 เรื่อง ที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (Cheng & Chan, 2005; Magliano et al., 2005; Jeppesen et al., 2005; ศรีสกุล แจ้คำ, 2549) พบว่าหลังการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การติดต่อทางสังคม จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา 1 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในการติดต่อทางสังคม (Cheng & Chan, 2005) พบว่าหลังการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลมีการติดต่อทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การจัดการกับปัญหา จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา 1 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องการจัดการกับปัญหา (Magliano et al., 2005) พบว่าหลังการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลมีการจัดการกับปัญหาผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ความพึงพอใจ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา 1 เรื่องที่ศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องความพึงพอใจในการรักษา (Magliano et al., 2005) พบว่าหลังการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการพยาบาล

สำหรับทางการพยาบาล การใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจะนำไปใช้ในการส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชอื่นๆ แต่ทั้งนี้ต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการทำกลุ่ม หรือฝึกอบรมจนชำนาญ จึงจะสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทได้

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังยุ่งยากซับซ้อน มีอาการทางจิตกำเริบได้ตลอดเวลา ดังนั้นการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเพียงอย่างเดียวอาจจะยังไม่ครอบคลุม ควรมีการศึกษาถึงเทคนิคการสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 สำหรับประเทศไทยยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่อนข้างน้อย ควรทำการศึกษาให้มากขึ้น เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำไปประกอบเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

2.3 การป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลที่รู้สึกเป็นภาระจากการดูแลต้องมีปัญหาสุขภาพจิต เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่น่าสนใจ และควรทำการศึกษาวิจัย เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

AN ANALYSIS OF RESEARCH ON PSYCHOEDUCATION SUPPORT GROUP
FOR REDUCING THE BURDEN OF SCHIZOPHRENIA CAREGIVERS.

JUMNAN PULPIRIN 4736750 RAMA/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : TITIWONE THUMAPIROJ, M.ED.
(GUIDANCE), PATCHARIN NINTACHAN, PH.D, (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

***AN ANALYSIS OF RESEARCH ON PSYCHOEDUCATION SUPPORT GROUP
FOR REDUCING THE BURDEN OF SCHIZOPHRENIA CAREGIVERS***

Background and Significant of the study

Schizophrenia patient is a person who has disorder of thought, perception, behavior and emotion. The patient cannot control his emotion and behavior. Schizophrenia is a chronic disease and frequently exacerbates. During the exacerbation phase, schizophrenic possesses delusion and hallucination and expresses a bizarre behavior which is self destruction or hazard to other (Manot Lortrakul, 1999) and Percentage of the exacerbation was 70 % of working. After therapy and discharged to the community, the symptoms still remains: mental and social function deterioration such as apathy, inert, and lack of initiative idea. These build up the burden on their caregivers (Rose, 1996; Woragotnithikul, 1992; Aramsri, 1994). Consecutively, caregiver has to bear 2 dimension of the burden, i.e., 1) objective burden: less personal time and change of working role and responsibility; 2) Subjective burden: grief, worry, and feeling of being depended (Montgomery, Gonyea & Hooy, 1985).

The supportive means to relieve burden on schizophrenic caregiver comprised of educating the caregiver about the schizophrenia, mental and emotional palliation using psychoeducation support group. In present, the psychoeducation support group

are extensively used to relieve burden of schizophrenic caregiver but the group activity program still varies in details. The researcher, as a psychiatric nurse who is an active member in schizophrenic care multidisciplinary team and possess direct role and responsibility to promote mental health and prevent mental illness in clients were of interest to study research conducted on psychoeducation group therapy to relieve the burden of caregiver. The researcher expected to achieve the effective, reliable, evidences in using psychoeducation support group on burden of schizophrenia caregivers.

Objective of the study

To analyze and synthesize the empirical evidence related to using psychoeducation support group to relieve the burden of schizophrenia caregivers.

Expected benefit

To obtain knowledge in applying psychoeducation support group to relieve the burden of schizophrenia caregivers.

Definition

A Schizophrenia patient: is a person who was diagnosed by psychiatrist as being schizophrenia according to Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders fourth edition (DSM-IV) or International Classification of Disease (ICD 10) criteria.

Burden of schizophrenia care: is a perception and feeling which is expressed as grievance, pressurized, and heavy loaded of home-based caregiver as a result of caregiver responsibility which can be divided into 2 dimensions;

1. Objective burden is the perception in change of 5 aspects of living, i.e., less personal time, less independency, less social activities, change of working roles and responsibility, problems on health status.
2. Subjective burden is the change of psychological and emotional response and attitude of schizophrenia caregiver such as humiliation, boring, demotivate, worry, and feeling of being dependent.

Schizophrenia caregiver: is the family member or close relative dwelling with schizophrenia patient in the same house who resumes the role and responsibility of giving care to schizophrenia patient in daily living activity without getting any paid or reward.

Psychoeducation support group: is a group activity running by combining the concept of psychoeducation introduced by Anderson (1980) which comprised of education support and services targeted on providing information, enhancing coping skills, eliminating wrong idea, and building up networks together .

Methodology

This study aimed at analyzing and synthesizing the research evidence related to psychoeducation support group on burden of schizophrenia caregiver by means of systematic review study which comprising of the following procedure

Research and academic empirical evidence searching for review

The Information resource for searching research and academic evidences for this systematic review was electronic database which was carried out as follows;

1. Thais Research and academic evidence searching from Mahidol University library (Mulinet), Chiangmai University library (Lib.cmu), Chulalongkorn University library (Library.Care.chula), and Khonkaen University library (md.kku).
2. Searching from international medical and nursing science database such as PUBMED, CINAHL, and OVID.

The searching keywords were Schizophrenia, Caregiver, relatives, family, burden, Psychoeducation, Schizophrenia caregiver burden and Psychoeducation, Schizophrenia relative burden and Psychoeducation, Schizophrenia family burden and Psychoeducation

3. The related literatures were reviewed and selected based on the following criteria;

- 3.1 Type of Nursing Practice Guideline should be the research which the psychoeducation support group was used as nursing practice guideline

- 3.2 Research population should be Schizophrenic in all ages and genders.

3.3 The research should be available in full text literature

3.4 The outcome of research should be the factor related to burden Total amount of searched researched were 1037 but after reviewed and selected according to the above criteria, there were 8 selected literatures satisfied the criteria and their quality were subsequently assessed.

Analysis and synthesis of empirical evidence

1. The assessment of quality of selected evidences were carried out based on 4 level of evidence according to Thai Royal College of physician (2001) as follows;

Level A: signified Meta – Analysis researches with Randomized Control Trial (RCT) design or individual research with Randomized Control Trial design.

Level B signified Meta-Analysis researches which contain at least 1 – Randomized Control Trial research or individual research with quasi-experimental design, or with non-randomized control trial.

Level C signified the correlation research or descriptive research

Level D signified the evidence obtained from expert consensus

2. The content extracted from 8 qualified evidences was structured in the following 8 content items;

2.1 Problem/purpose

2.2 Research design

2.3 Sample

2.4 Setting

2.5 Outcome

2.6 Method/Instrument

2.7 Finding/Result

2.8 Implication/implementation

Results

The analysis of evidence related using psychoeducation support group on burden of schizophrenia caregiver can be discussed on 6 items as follows;

1. Quality and sufficiency of evidences

2. Component of psychoeducation support group
 - 2.1 Group size and characteristics
 - 2.2 Group counselor
 - 2.3 Group participants characteristics
 - 2.4 Duration of group activity
 - 2.5 Frequency of group activity
 - 2.6 Number of group activity
3. Activity characteristics and content of psychoeducation support group on the burden of schizophrenia caregiver
4. Curative factors of using psychoeducation support group on burden of schizophrenia caregivers
5. Assessment instruments for using psychoeducation support group on the burden of schizophrenia caregivers
6. Outcome of using psychoeducation support group on the burden of schizophrenia caregivers

Quality and sufficiency of evidences

According to quality assessment, 2 evidences were found to be Randomized Control Trial which were on A level (Cheng & Chan, 2005; Jeppasen et al., 2005) and 6 evidences were found to be quasi experimental research which were on B level comprised of Two group pre-post test design totally 3 evidences (Mingyan & Heqin, 1993; Sakawrat Phupa, 2000; Daruni Kotchaprom, 2000) and One group pre-post test design totally 3 evidences (Magliano et al., 2005; Nonglak Songlamjeak, 2005; Srisakul Jaekham, 2006).

The component of using psychoeducation on the burden of schizophrenia caregiver

1. Group size and characteristics: From 8 qualified evidences, the psychoeducation support group characterized closed and unique-purpose group. The small size group contained 4-7 members which was conducted in 3 evidences (Jeppasen et al., 2005; Magliano et al., 2005; Srisakul Jaekham, 2006) medium size group contained 8-12 members was conducted in 3 evidences (Daruni Kotchaprom, 2000; Sakawrat Phupa, 2000; Nonglak Songlamjeak, 2005). The large size group

contained 20-40 members were conducted in 2 evidence (Mingyan,. & Heqin, 1993; Cheng & Chan, 2005)

2. Group counselor: According to analysis of all 8 evidences, the group counselor comes from many professional areas. 5 of them were psychiatric nurses (Cheng & Chan, 2005; Sakawrat Phupa, 2000; Daruni Kotchaprom, 2000; Nonglak Songlamjeak, 2005; Srisakul Jaekham, 2006), follow with Occupational health therapist and social welfare officer for 2 evidences (Mingyan, & Heqin, 1993; Magliano et al., 2005) and 1 was psychiatrist (Jeppasen et al., 2005)

3. Characteristics of group participants: According to the analysis evidences, the group participants were schizophrenia primary caregiver dwelling with the patients and experiences in schizophrenia care. The characteristics of the groups in order from highest amount to lowest amount were parents, spouses, sibling, son-daughter, grandparents, and friend. There were 6 evidences which the members of the group were parents, spouses, sibling, and sondaughter (Mingyan, & Heqin, ,1993; Cheng & Chan,. 2005; Jeppasen et al., 2005; Magliano et al, 2005; Sakawrat Phupa, 2000; Daruni Kotchaprom, 2000; Nonglak Songlamjeak, 2005; Srisakul Jaekham, 2006) There were 2 evidences which the members of the group were parents, spouses, sibling, sondaughter, grandparents, and friend. (Cheng & Chan, 2005; Jeppasen et al., 2005)

4. Duration of group participation: According to data analysis of 8 evidences, the duration 1 hour -1.30 hours was found in 6 evidences (Jeppasen et al., 2005; Magliano et al., 2005; Daruni Kotchaprom, 2000; Sakawrat Phupa, 2000; Srisakul Jaekham, 2006; Nonglak Songlamjeak, 2005) 2 hours duration were found in 2 evidences (Mingyan & Heqin,1993; Cheng & Chan, 2005).

5. Frequency of group participation: According to data analysis of 8 evidences Most of the evidences had 1-2 times per week frequency for totally 6 evidences (Cheng & Chan, 2005; Jeppasen et al., 2005; Magliano et al., 2005; Daruni Kotchaprom, 2000; Nonglak Songlamjeak, 2005; Srisakul Jaekham, 2006) the frequency 2 time per day was found in 1 evidence (Sakawrat Phupa, 2000) There was 1 evidence which had frequency every week (5 times) and then every month (4 times). After that every two months (3 times). (Mingyan & Heqin,1993).

6. Number of group participation: According to data analysis of 8 evidences the number of group participation varied from small, moderate and large, there were 3 evidences had small number of group participation (3 times) (Jeppasen et al., 2005; Magliano et al., 2005; Mingyan & Heqin, 1993) 2 evidences had moderate number of group participation (4-5 times) (Nonglak Songlamjeak, 2005; Srisakul Jaekham, 2006), 3 evidences had large number of participation (6-8 times) (Cheng & Chan, 2005; Sakawrat Phupa, 2000; Daruni Kotchaprom, 2000)

Characterisitics of Activities and contents of psychoeducation support group

According to review of activity and contents of psychoeducation support group in 8 evidences concerning group education, discussion, and skill training.

1. The similar contents from high repetitive number to low repetitive number were as follows;

1.1 Knowledge on schizophrenia cause, signs and symptom and therapy-8 evidences (Mingyan, & Heqin, 1993; Cheng & Chan,. 2005; Jeppasen et al., 2005; Magliano et al., 2005; Sakawrat Phupa, 2000; Daruni Kotchaprom, 2000; Nonglak Songlamjeak, 2005; Srisakul Jaekham, 2006)

1.2 Interpersonal relationship and motivation -6 evidences (Cheng & Chan, 2005; Jeppasen et al., 2005; Daruni Kotchaprom, 2000; Sakawrat Phupa, 2000; Nonglak Songlamjeak, 2005; Srisakul Jaekham, 2006)

1.3 Problem coping and stress management skills -5 evidences (Cheng & Chan, 2005; Jeppasen et al., 2005; Sakawrat Phupa, 2000; Nonglak Songlamjeak, 2005; Srisakul Jaekham, 2006).

1.4 Effective communication between caregivers and patients - 3 evidences (Cheng & Chan, 2005; Magliano et al., 2005; Sakawrat Phupa, 2000)

1.5 Eliminating negative thought and attitude adjustment-2 evidences (Nonglak Songlamjeak, 2005; Srisakul Jaekham, 2006)

2. The different content from other were as follows;

2.1 Assessment of family needs – 1 evidence (Magliano et al., 2005)

2.2 Role of relative in providing care and behavior modification for the patient -1 evidence (Mingyan & Heqin,1993).

Curative factors of psychoeducation support group

According to systematic review the therapeutic factors found in the evidences were found from high repetitive numbers to low repetitive numbers as per following order

1. Imparting information - 8 evidences (Mingyan, & Heqin, 1993; Cheng & Chan, 2005; Jeppasen et al., 2005; Magliano. et al., 2005; Sakawrat Phupa, 2000; Daruni Kotchaprom, 2000; Nonglak Songlamjeak, 2005; Srisakul Jaekham, 2006)
2. Catharsis -8 evidences ((Mingyan, & Heqin, 1993; Cheng & Chan, 2005; Jeppasen et al., 2005; Magliano et al., 2005; Sakawrat Phupa, 2000; Daruni Kotchaprom, 2000; Nonglak Songlamjeak, 2005; Srisakul Jaekham, 2006)
3. Universalization (4 evidences) (Sakawrat Phupa, 2000; Daruni Kotchaprom, 2000; Nonglak Songlamjeak, 2005; Srisakul Jaekham, 2006).
4. Group unity and cohesiveness (4 evidences) (Sakawrat Phupa, 2000; Daruni Kotchaprom, 2000; Nonglak Songlamjeak, 2005; Srisakul Jaekham, 2006)
5. Instillation of hope- 2 evidences (Sakawrat Phupa, 2000; Daruni Kotchaprom, 2000)
6. Interpersonal learning - 2 evidences (Cheng & Chan, 2005; Magliano., et al., 2005)
7. Existential factors - 1 evidence (Sakawrat Phupa, 2000)
8. Atruism – 1 evidence (Sakawrat Phupa, 2000)

Assessment instrument used in conducting psychoeducation support on burden of schizophrenia caregiver

According to the analysis of 8 evidences, the assessment instruments before and after intervention comprised of

1. Psychosocial support group program – 8 evidences (Mingyan, & Heqin, 1993; Cheng & Chan., 2005; Jeppasen et al., 2005; Magliano, et al., 2005; Sakawrat Phupa, 2000; Daruni Kotchaprom, 2000; Nonglak Songlamjeak, 2005; Srisakul Jaekham, 2006)
2. Assessment form and testing comprising of
 - 2.1 Burden assessment forms – 8 evidences (Mingyan, Z. & Heqin, 1993; Cheng & Chan, 2005; Jeppasen et al., 2005; Magliano et al., 2005; Sakawrat Phupa,

2000; Daruni Kotchaprom, 2000; Nonglak Songlamjeak, 2005; Srisakul Jaekham, 2006)

2.2 Knowledge testing from – 4 evidences (Mingyan, & Heqin, 1993; Jeppasen et al., 2005; Nonglak Songlamjeak, 2005; Srisakul Jaekham, 2006)

2.3 Patient care ability assessment for caregiver form - 4 evidences (Cheng. & Chan, 2005; Jeppasen et al., 2005; Magliano et al., 2005; Srisakul Jaekham, 2006)

2.4 Social interaction assessment form – 1 evidence (Cheng & Chan, 2005)

2.5 Caregiver’s problem management assessment form – 1 evidence (Magliano et al., 2005)

2.6 Satisfaction survey – 1 evidence (Magliano. et al., 2005)

2.7 Emotional expression assessment form – 1 evidence (Magliano et al., 2005)

Outcome of psychoeducation support group intervention on burden of schizophrenia patient

According to analysis of the 8 evidences, the outcome of psychoeducation support group intervention on burden of schizophrenia caregivers could be concluded as follows;

1. Feeling of burden: the all 8 evidences showed that the feeling of burden decreased significantly after intervention.

2. Knowledge: according to the analysis, there were 4 evidences studied the outcome of knowledge increased significantly after intervention (Mingyan. & Heqin, 1993; Jeppasen et al., 2005; Nonglak Songlamjeak, 2005; Srisakul Jaekham, 2006).

3. Patient care ability: there were 4 evidences studying the patient care ability of caregiver (Cheng & Chan, 2005; Magliano et al., 2005; Jeppasen et al., 2005; Srisakul Jaekham, 2006). It was found that caregiver’s care ability increase significantly after the intervention.

4. Social interaction: the social interaction outcome was studied in 1 evidence (Cheng & Chan, 2005) It was found that the social interaction of caregiver increased significantly after intervention.

5. Problem management: the problem management outcome was studied in 1 evidence (Magliano et al., 2005). It was found that the problem management of caregiver improved significantly.

6. Satisfaction: according to the analysis of evidence, the satisfaction outcome was studied in 1 evidence (Magliano et al., 2005). It was found that caregiver's satisfaction increased significantly after group intervention.

Suggestion

1. Implementation in nursing practice.

In nursing practice, the psychoeducation support group on the burden of schizophrenia caregiver is an effective alternative for psychiatric nurse and other professional related to mental health and psychiatry. However, the group leader experience and knowledge are required or need to be trained until possessing adequate skill to implement in real situation with schizophrenia caregiver.

2. Suggestion for the further research.

2.1 Schizophrenia is a complex and chronic disease which can exacerbate at any time. Psychoeducation support group on the burden of schizophrenia caregiver only may inadequate. The study on monitoring technique on warning signs and symptom before the exacerbation should be carried out in order to facilitate caregiver to take preventive action effectively before exacerbation occurs.

2.2 In Thailand the research for reducing the burden of schizophrenia caregivers support were still rare and should be conducted more to obtain empirical evidences to construct high effectiveness nursing practice guideline

2.3 Preventing caregiver with severe burden from mental health problem is the other interesting issue for future study to prevent mental health problem of schizophrenia caregiver.

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2544). *แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ*.
 นนทบุรี: สยามอินเตอร์พริ้นท์.
- _____. (2545). รายงานประจำปี ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต
 กระทรวงสาธารณสุข.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กิตติวรรณ เทียมแก้ว. (2544). *เอกสารประกอบการสอนวิทยาการประเมินปัญหาเพื่อการบำบัด*
ทางการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- จารุวรรณ ต.สกุล. (2534). *ปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล*.
 วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จอม สุวรรณโน. (2541). *ญาติผู้ดูแล: แหล่งประ โยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง*.
 วารสารพยาบาลศาสตร์, 3, 147 – 154.
- จารุวรรณ จินดามงคล และ อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2542). *ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้าง*
พลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิต
เวชและสุขภาพจิต, 13, 16 – 56 .
- ชะอุทธิ์ พงศ์อนุตริ. (2531). *การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยจิตเภท*. วารสารสมาคมจิตแพทย์
 แห่งประเทศไทย, 33(3), 91 – 102.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). *ความรู้สึทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำ : กรณีศึกษา*
ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. 14 (2). 30 – 39
- ดารณี ชัยอิทธิพร และ บุญเยี่ยม ลาถาอุตย์. (2540). *การศึกษาผลการปรุงแต่งพฤติกรรมให้แก่*
ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 11(1), 53 – 61
- ครุณี กชพรหม. (2543). *ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย*
จิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทีปประพิน สุขเขียว. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นงลักษณ์ ทรงจำเจียก. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2539). ปัจจัยด้านสุขภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของการดื่มสุราในชุมชนจังหวัดนครสวรรค์ ประเทศไทย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร.39(2),677 - 685
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน . (2544). สถานการณ์ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย , 9(3), 113-127.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง คิชฌณชัย. (2542). โรคจิตเภทและโรคอื่นๆ: ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิชัย. (2548). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัท บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน:แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามธิบดีพยาบาลสาร, 2 (1), 84–94.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2539). แนวคิดในการให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยมหิดล , 14, 43–52.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2542). ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช:แนวคิดและการประยุกต์ใช้. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,13, 1-9
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำการสร้าง“แนวทางเวชปฏิบัติ” (Clinic Practice Guidelines). สารราชวิทยาลัยแห่งประเทศไทย, 18(6),
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรกษ นิธิกุล. (2535). การศึกษาความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เวทีนิ สุขมาก, อุไรวรรณ ไชรัตน์หิรัญ และเอมหทัย ศรีจันทร์หิรัญ. (2544). ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 46(2), 107–116.

- ศรีสกุล แจ้คำ. (2549). การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบางจากจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันกัลยาณนาครินทร์ กรมสุขภาพจิต. (2547). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2547). เทคโนโลยีการให้ความรู้และทักษะแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร:
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548) ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว .
- สถิต วงศ์สุรประกิจ. (2542). ความต้องการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมคิด ตีรารักษ์. (2545). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สการรัตน์ ภูผา. (2543). ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เอื้ออารี สาลิกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ลีอนุวัชชัย. (2548). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวในโรงพยาบาลและในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. (2540). จัดบำบัดและการให้คำปรึกษาคอครัว. กรุงเทพฯ: เพ็ญฟ้าพรินต์ติ้งจำกัด.
- อุษณีย์ กันน้อย. (2547). การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตจากสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Abramowitz, A. T. & Coursey, D.R. (1989). *Impact of an educational support group on family participants who take care of their schizophrenic relations*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57(2):232-236.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E. & Reiss, D. J. (1980). *Family treatment of adult schizophrenia patients : psycho educational approach*. Schizophrenia Bulletin, 6(3), 490-505.

- American Psychiatric association. (1994). *Factors in fluencing family caregiver burden and health*. Western Journal of Nursing Research, 12(6), 758–777
- American Psychiatric association. (1994). *Di agnostic and statistical manual of mental disorder*, ed 4. Washington, D.C
- Baker, A. F. (1989) .*Living with a chronically ill, Schizophrenic can place Great strees on Indivdual Family Member and the Family Unit : How Family Cope*. Journal of Psychosocial Nursing 27 (January 1989) : 31 – 36 .
- Cheng , L. Y & Chan,S. (2005). *Psychoeducation program for chinere family carers of members with schizophrenia* . Western Journal of Nursing Research , 27(5) , 583-599.
- Cook, J., Heller,T. & Picketl – Schenk, S. (1999). *The effect of Support group participation on caregiver burden among parent of adult offspring with severe mental illness*. Family Relation, 48(4) : 40 5–410.
- Davis, L. L. (1992). *Building a science of caring for caregivers*. Family and community health, 15, 1-9.
- Doornbos, M. M. (1997). *The problems and coping methods of caregivers of young adults with mental illness*. Journal of Psychosocial Nursing, 35(9), 22–26.
- Elliot D. P. (1998). *Caregiver issues in patients with dementia*. Journal of Consultant Pharmecists, 13(Supplement 11 A :)
- Fedderson, V. P. (1990). *Group process Effect on Caregiver Burden*. Journal of Neuroscience Nursing, 3(1), 164-168.
- Fallon, IR. H., Boud, J. L., & McGill, C.W. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York : Guiford.
- Fowler, L. (1992). *Family Psycho education:chronic psychiatrically III caribbean patients*. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 30(3), 27 – 32.
- Gopinath, P. S., & Chaturvedei, S. K. (1992). *Distressing behavior of schizophrenics at home*. Acta Psychiatric Scandinavia, 86, 185–188.
- Glendy, S. H., & Mackenzie, A. E. (1998). *Caring for relatives with serious mental Illness athome:the experiences of family cares in Hong Kong*. Archives of Psychiatric Nursing, 12(5), 288–294.

- George, L. K. & Gwyther, L. P. (1986). *Caregiver well-being : A multidimensional examination of family caregivers of demented adults*. The Gerontologist, 26, 253–259.
- Hoyert, D. L., & Seltzer, M. M. (1992). *Factors related to the well – being and Life activities of family caregiver*. Family Relation. 41(1), 74 – 81.
- Ip, G. S.H. & Mackenzie, A. E. (1998). *Caring for relatives with serious mental illness at home : The experiences of family caregivers in Hong Kong*. Archives of Psychiatric Nursing, 12 (5), 288–294.
- Jacobs, E., Masson, R. & Harvill, R. (2002). *Group counseling: Strategies and skills (fourth edition)* Albany, CA: Brooks / Cole Publication Co.
- Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M. B., Oehlenschl, J., Christensen, T.O., et al. (2005). *Integrated treatment of first – episode psychosis : effect of treatment on family burden*. British Journal of Psychiatry , 187 , 885 –890.
- Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. (1975). *Helping People change : A Textbook of Method*. New York : Pergamon press.
- Koontz, E., Cox, D. & Hastings. (1991). *Implementing a short – term family support group*. Journal of Psychosocial Nursing, 29(5), 5–9.
- Kaplan, H. I. & Sadock. B. J. (1998). *Kaplan and Sadock’s synopsis of psychiatry: behavioral sciences and clinical Psychiatry (8th ed)*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Loukissa, D. A. (1995). *Family burden in chronic mental illness: A review of research studies*. Journal of Advanced Nursing, 21, 248–255.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Fadden, G., Gain, F., Economou, M., Kallert, T., et al. (2005). *Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia : preliminary results of a study funded by the European Commission*. World Psychiatry , 4(1), 45 – 49
- Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice (2nd ed)*. Saint Louis: C. V. Mosby.
- World Health Organizations. (2002). *Burden of Mental health and Behavior Disorders*. Retrieved May 29, 2002 from <http://www.who.int/whr/2001/main/em/chapter2/00203.html> .
- Martyns – Yellowe, I. S. (1992). *The burden of schizophrenia on the family*. British

- Mingyuan, Z & Heqin, Y. (1993). *Effectiveness of psychoeducation of relatives of schizophrenia patients : a prospective cohort study in five cities of China*. International Journal Mental Health, 22(1), 47–59.
- Montgomery, R. J. V., Stull, D.E., & Brogatta, E.F. (1985). *Measurement an analysis of burden*. Research on Aging, 7, 137–152.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J.G., & Hooy, N.R. (1985). *Caregiving and experience of subjective and objective burden*. Family Relation, 34, 19-26.
- Orem , D. E.1985 . *Nursing: concepts of practice* (3rd ed.). st.louis: Mosby – Year Book.
- Orem,D. E.(1991). *Nursing:Concept of practice*. (4th ed.) St. Louis : Mosby Year Book.
- Pai, S., & kapur, R. L. (1981). *The burden on the family of a psychiatric patient: development of an interview schedule*. British Journal of Psychiatry, 138, 332–335.
- Razali, M. S. & yahya, H. (1995). *Compliance with treatment in schizophrenia: a drug in treatment program in a developing country*. Acta Psychiatric Scandinavia, 91, 331–335.
- Roes, E. L. (1996). *Families of psychiatric patients: a critical review and future research Direction*. Archives of Psychiatric Nursing, 31, 19–21.
- Robinson, K. & Yates, K (1994). *Effects of two caregiver – training programs on burden and attitude toward help*. Archives of Psychiatric Nursing, 5: 312–319.
- Smith, V. J. & Birch, J. M. (1987). *Specific and Non Specific Effect of Educational intervention with families living with schizophrenia Relatives*. British Journal of Psychiatry, 150: 645–652.
- Tompson, E. H., Fulterman, A. M., Galagher – Thompsou, D., Rose, J. M., & Lovetl, S. B. (1993). *Social support and caregiving burden in family caregivers of frail eders*. Journals of Geronto logy, 48, 254–254.
- Thompson, E & Doll, W. (1982). *The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis*. Family Relation, 31, 379–388.
- Walsh, J. (1987). *Psychoeducational program evaluation on practical method*. Journal of Psychosocial Nursing, 25(3), 25–31.
- World Health Organization. (1992). *The ICD -10 classification of mental and behavioural disorder: Clinical description and Diagnostic Guidelines*. Deneve,1992.

- Yamashita, M. (1996). *A study of how families care of mental ill relatives in Japan*.
International Nursing Review, 43(4), 121–125.
- Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy* (2nd ed).
New York: Basic Books.

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ – นามสกุล	นายจันรรจ์ พลไพรินทร์
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2504
สถานที่เกิด	จังหวัด นครสวรรค์
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อนุปริญญาพยาบาล ชัยนาท ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ศรีธัญญา พ.ศ.2543-2545
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลศรีธัญญา หน่วยงานจิต เวชฉุกเฉิน โทรศัพท์ 02 – 5250981-4 ต่อ 1602
ที่อยู่	บ้านเลขที่ 62/79 หมู่ 8 ต.บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี