



# เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ ทางเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
โรงพยาบาลเวียงเชียงใหม่

วงศ์ผกา พรหมสูตร , กุหลาบ พันธุ์ประยูร  
โรงพยาบาลเวียงเชียงใหม่

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
โรงพยาบาลเวียงเชียงใหม่

The Effects of a Knowledge and Skills Enhancement Program  
on the Caregiving Abilities of Schizophrenia Caregivers  
at Wiang Chiang Rung Hospital

วงศ์ผกา พรหมสูตร, กุลลาบ พันธุ์ประยูร

โรงพยาบาลเวียงเชียงใหม่

Wongpaka Promsoot, Kularp Phunprayoon

Wiang Chiang Rung Hospital

**บทคัดย่อ**

**ที่มา :** โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง ซึ่งจะแสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงและมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว ผู้ดูแลผู้ป่วย ถือได้ว่าเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนช่วยดูแล จึงได้มีการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างถูกต้อง

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

**ระเบียบวิธีวิจัย:** การวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน โดยได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 4 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้และทักษะฯ จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่

**ผลการวิจัย:** ก่อนการได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนความรู้อยู่ที่ 9.9 คะแนน หลังการได้รับโปรแกรมค่าคะแนนความรู้อยู่ที่ 13.35 คะแนน และค่าเฉลี่ยของทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย การดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย การอยู่ร่วมกันภายในบ้าน การจัดการกับอาการผิดปกติ การสอนกำกับ การถอยห่าง การจัดการเรื่องยา การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย การดูแลตนเองด้านต่างๆ และการขอความช่วยเหลือ เปลี่ยนแปลงจากระดับดีเป็นดีมาก

**สรุปผล:** หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ:** โปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแล, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท, โรคจิตเภท

## ABSTRACT

**Background:** Schizophrenia is a chronic mental disorder characterized by abnormalities in thinking, emotion, and behavior. Caregivers play a crucial role in supporting individuals with schizophrenia, and their knowledge and skills significantly impact the quality of care provided.

**Objective:** This study aimed to compare the mean scores of knowledge and care skills among schizophrenia caregivers before and after participating in a knowledge and skills enhancement program.

**Methods:** A quasi-experimental pre-test post-test design was employed with a sample of 30 schizophrenia caregivers. Participants received a four-week knowledge and skills enhancement program. Data were collected using a knowledge and skills assessment questionnaire and analyzed using descriptive and t-test.

**Result:** The mean knowledge score before the program was 9.90, and after the program, it increased to 13.35. The mean scores for each care skill also improved, with all skills transitioning from "good" to "very good." These skills included communication with the patient, patient self-care, cohabitation, managing abnormal behavior, teaching and supervision, detachment, medication management, creating a suitable environment for the patient, self-care in various aspects, and seeking help.

**Conclusion:** Participation in the knowledge and skills enhancement program led to significant improvements in schizophrenia caregivers' knowledge and care skills.

**Keywords:** Knowledge and skills enhancement program, schizophrenia caregivers, schizophrenia

## บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง ซึ่งจะแสดงออกทางความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลายและมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ อาจจะมีอาการหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) พฤติกรรมที่วุ่นวาย (disorganized behavior) หรือ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับบุคคลภายนอก การเรียน การงานและการใช้ชีวิตประจำวัน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้คนประมาณ 24 ล้านคนหรือ 1 ใน 300 คน (ร้อยละ 0.32) ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2566 มีผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 322,188 คน และเป็นโรคอันดับที่ 1 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยา และการรักษาจิตสังคม โดยการรักษาจะแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเฉียบพลัน (Acute phase) มีเป้าหมายการรักษาเพื่อลดอาการทางจิตลง 2)ระยะทำให้คงสภาพ (Stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป และ 3) ระยะอาการคงที่ (Stable and Maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงต้องให้ยาต่อ เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ การรักษาด้วยยาด้านโรคจิตถือว่าเป็นหัวใจของการรักษาโรคจิตเภท เพราะยาจะเป็นตัวควบคุมอาการทางจิต และป้องกันไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการบำบัดทางจิตสังคมต่อไป (พัชรินทร์ เจริญผล,โสภณ แสงอ่อน และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2562) อย่างไรก็ตามปัจจัยที่ทำให้การรักษาดังกล่าวไม่ประสบความสำเร็จคือ ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา จากการศึกษาที่พบว่าความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ(สิ้นเงิน สุขสมปอง, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์ และพลภัทร โล่เสถียรกิจ, 2559) การศึกษาเพิ่มเติมพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ที่กลับเป็นซ้ำ มีลักษณะพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ 1)การรับประทานยาไม่ติดต่อกันตามแผนการรักษา 2)การรับประทานยาไม่ถูกขนาด 3) การรับประทานยาไม่ถูกเวลา 4) การลืมรับประทานยาในบางขนาน 5) การหยุดรับประทานยาหรือไม่รับประทานยาเลย และนอกจากนี้ ยังมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคยาจิตเวชและขาดความตระหนักในการรับประทานยา (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559) อีกด้วย

ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนช่วยดูแล และส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ที่จะสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ที่เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง มีอาการวุ่นวาย ก้าวร้าว นอกจากนี้ยังเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยในด้านต่างๆ (พัชรินทร์ อติสรณกุล, 2564) การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการยาของผู้ป่วย จะทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้อัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ (ศันสนีย์ พูลผล, 2565) หากผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดี ก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยา ทำให้ปัญหาจากการใช้ยา และระดับความรุนแรงของอาการทางจิตลดลง รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพิ่มขึ้น (ปิยธิดา รักพงศ์ , 2562)

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลเวียงเชียงราย ได้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยจิตเภท อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาพบว่า ในปี 2564–2566 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแล

จำนวน 120 คน, 116 คน และ 118 คนตามลำดับ ซึ่งพบว่าแนวโน้มของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2564-2566 มีผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบจำนวน 6 คน, 7 คน และ 19 คนตามลำดับ และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกันจำนวน 3 คน (ร้อยละ 50), 5 คน (ร้อยละ 71.43) และ 12 คน (ร้อยละ 63.16) ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบจนมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีพฤติกรรมที่รับประทานยาอย่างไม่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท ขาดทักษะการดูแลที่เหมาะสม ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมาก จึงมีแนวคิดที่จะใช้ โปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเวียงเชียงราย เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรค ลดปัญหาจากการขาดยา ลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิต รวมถึงเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มากยิ่งขึ้น

### **วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### **สมมุติฐาน**

ภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

### ตัวแปรต้น

### ตัวแปรตาม

#### โปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมโดยการนำเอากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาใช้ โดยมีระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

##### สัปดาห์ที่ 1 : ชั้นประสบการณ์ การสะท้อนคิด และความคิดรวบยอด

- แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- ให้ความรู้เรื่องเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การป้องกัน อาการกำเริบและความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การสื่อสาร การดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกันภายในบ้าน การทำงาน ด้านสังคม การจัดการกับอาการผิดปกติ การสอนกำกับ การถอยห่าง การจัดการเรื่องยา การจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลตนเองในด้านต่างๆของผู้ดูแล และการขอความช่วยเหลือ
- สะท้อนคิดและอภิปรายผลของความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- ร่วมกันสรุปประเด็นความรู้และทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย

##### สัปดาห์ที่ 2 : ชั้นการทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Apply)

- ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จำเป็น ได้แก่ การสื่อสาร การดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกันภายในบ้าน การทำงาน ด้านสังคม การจัดการกับอาการผิดปกติ การสอนกำกับ การถอยห่าง การจัดการเรื่องยา การจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลตนเองในด้านต่างๆของผู้ดูแล และการขอความช่วยเหลือ ผ่านการอธิบาย สาธิต และการสาธิตย้อนกลับ
- ร่วมกันสรุปประเด็นความรู้และทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย
- ร่วมกับผู้ดูแลประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะ(ตามปัญหาที่พบ) ไปใช้ในการวางแผนกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

##### สัปดาห์ที่ 3 : การติดตามผลการประยุกต์แนวคิด

- ติดตามผลการประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะ(ตามปัญหาที่พบ)ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการเยี่ยมบ้าน

##### สัปดาห์ที่ 4 : สรุปผลความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- แลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้และสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมในประเด็นที่สำคัญได้แก่ ปัญหา/อุปสรรค เทคนิคที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการพัฒนารูปแบบหรือแนวทางในการพัฒนาต่อยอดการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ความรู้  
และทักษะ  
การดูแล  
ของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภท

## ระเบียบวิธีวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีแผนการทดลองขั้นต้น (Pre-experimental Design) กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

### ประชากร

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลเวียงเชียงใหม่ จำนวน 118 คน

### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลเวียงเชียงใหม่ โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\* power กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 และ Power of test 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 27 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลในระหว่างการศึกษา จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคตามระบบ ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)
2. อายุระหว่าง 18-50 ปี
3. สามารถอ่านออกเขียนได้ พูดคุย สื่อสารภาษาไทยได้
4. สนใจในการเข้าร่วมการศึกษา

#### เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ หรือภาวะเจ็บป่วย หรือย้ายที่อยู่ ระหว่างเข้าร่วมการศึกษา

#### เกณฑ์ให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

1. ผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน

## เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการนำเอากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (กิตติพงษ์ พงษ์พวง, 2558) มาใช้ซึ่งมีระยะเวลา รวม 4 สัปดาห์ ดังนี้

#### สัปดาห์ที่ 1 : ชั้นประสบการณ์ การสะท้อนคิด และความคิดรวบยอด

ผู้วิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเข้าสู่การตั้งคำถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้ระยะเวลา 30 นาที ในประเด็นปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้น การรับมือกับอาการกำเริบของผู้ป่วย บทบาทและความภาคภูมิใจในการดูแล จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การป้องกันอาการกำเริบและความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การสื่อสาร การดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกันภายในบ้าน การทำงาน ด้านสังคม การจัดการกับอาการผิดปกติ การสอนกำกับ การถอยห่าง การจัดการเรื่องยา การจัด

สิ่งแวดล้อม การดูแลตนเองในด้านต่างๆของผู้ดูแล และการขอความช่วยเหลือ ระยะเวลา 1 ชั่วโมง จากนั้นจะนำเข้าสู่กระบวนการสะท้อนคิดและอภิปรายผลของความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เวลา 30 นาที และร่วมกันสรุปประเด็นความรู้และทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย เวลา 30 นาที

### สัปดาห์ที่ 2 : ขั้นการทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Apply)

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และทบทวนความรู้และทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้เรียนรู้ในสัปดาห์ที่ 1 (เวลา 30 นาที) จากนั้นผู้วิจัยนำเข้าสู่กระบวนการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จำเป็น ได้แก่ การสื่อสาร การดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกันภายในบ้าน การทำงาน ด้านสังคม การจัดการกับอาการผิดปกติ การสอนกำกับ การถอยห่าง การจัดการเรื่องยา การจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลตนเองในด้านต่างๆของผู้ดูแล และการขอความช่วยเหลือ ผ่านการอธิบาย สาธิต และการสาธิตย้อนกลับ ระยะเวลารวม 2 ชั่วโมง จากนั้นร่วมกันสรุปประเด็นทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย 30 นาที และร่วมกับผู้ดูแลประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะ(ตามปัญหาที่พบ) ไปใช้ในการวางแผนกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

### สัปดาห์ที่ 3 : การติดตามผลการประยุกต์แนวคิด

ผู้วิจัยติดตามผลการประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะ(ตามปัญหาที่พบ)ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจ รวมถึงให้คำแนะนำที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย

### สัปดาห์ที่ 4 : สรุปผลความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยนัดหมายผู้เข้าร่วมโปรแกรมมาแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้และสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมในประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหา/อุปสรรค เทคนิคที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการพัฒนา รูปแบบหรือแนวทางในการพัฒนาต่อยอดการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

#### 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบประเมินความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเวียงเชียงใหม่ จำนวน 53 คำถาม ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลจำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลเรื่อง โรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ปิยธิดา รักพงษ์, 2562) จำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 3 ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 27 ข้อ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ใช้ในการตรวจสอบโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ จากนั้นนำมาคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) อยู่ที่ 0.6-1 และคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index :CVI) โดยที่โปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าเท่ากับ 1 และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีค่าเท่ากับ 0.92

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) สำหรับโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ส่วนเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยนำไปเก็บข้อมูลนำร่อง (Try Out) กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 10 รายและนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นในส่วนของแบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลเรื่อง โรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน KR-20 (Kuder-Richardson) มีค่าเท่ากับ 0.77 และค่า



สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนของทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าเท่ากับ 0.86

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยจัดทำหนังสือจากโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในพื้นที่ จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล เพื่อทำการนัดหมายและเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง โดยจะมีการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างให้ครบถ้วน จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูล จากนั้นจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ 4 สัปดาห์ แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลหลังเข้ารับโปรแกรม ท้ายที่สุดผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกชุด จนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนดและ นำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ฯลฯ รวมถึงคะแนนความรู้ของผู้ดูแลเรื่อง โรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วย ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความรู้ของผู้ดูแลเรื่อง โรค ยา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ paired t-test

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.67) และเพศชายจำนวน 7 คน (ร้อยละ 23.33) อายุเฉลี่ย 57.73 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  $\pm$  13.25 ปี, อายุสูงสุด 72 ปี, ต่ำสุด 21 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.33) รองลงมาอยู่ในสถานภาพโสด จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10) และหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.67) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.33) รองลงมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 6 คน (ร้อยละ 6.67) ระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.33) และไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.33) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.67) และพนักงานรัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.33) รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 6,283.33 บาทต่อเดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  $\pm$  4,726.45 บาทต่อเดือน, สูงสุด 25,000 บาทต่อเดือน, ต่ำสุด 1,000 บาทต่อเดือน) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.67) มีโรคประจำตัว จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.33) โดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1-2 โรค อาทิ โรคธาลัสซีเมีย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขข้อในเส้นเลือดสูง ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน คือ 12.57 ชั่วโมง ต่อวัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  $\pm$  7.50 ชั่วโมงต่อวัน, สูงสุด 24 ชั่วโมงต่อวัน, ต่ำสุด 3 ชั่วโมงต่อวัน) กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาเฉลี่ย 15.40 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  $\pm$  9.87 ปี, สูงสุด 45 ปี, ต่ำสุด 3 ปี) จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 4 คนต่อครอบครัว (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  $\pm$  1.74 คน, สูงสุด 9 คน, ต่ำสุด 2 คน) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็น มารดา จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.67) รองลงมาเป็น พี่หรือน้อง จำนวน 5 คน (ร้อยละ

16.67) ส่วนที่เหลือเป็น บิดา จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.33) ภรรยา จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10) หลาน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.67) และลูกกับญาติ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.67)

## 2.ตารางเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ค่าเฉลี่ย	SD	ต่ำสุด	สูงสุด	t	P-value
ก่อนการได้รับโปรแกรม	9.9	±1.51	7	13	-7.475	<0.001***
หลังการได้รับโปรแกรม	13.35	±1.14	10	15		

\*\*\* P-value <0.001

จากตารางเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากการทำแบบทดสอบ จำนวน 15 ข้อ 15 คะแนน ก่อนการได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนความรู้อยู่ที่ 9.9 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน± 1.51 คะแนน คะแนนต่ำสุดที่ 7 คะแนนและสูงสุด 13 คะแนน หลังการได้รับโปรแกรม ค่าคะแนนความรู้อยู่ที่ 13.35 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน± 1.14 คะแนน คะแนนต่ำสุดที่ 10 คะแนนและสูงสุด 15 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.001

## 3.ตารางเปรียบเทียบทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ทักษะการดูแลของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ก่อนการได้รับโปรแกรม			หลังการได้รับโปรแกรม			t	P-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ		
การสื่อสารกับผู้ป่วย	17.20	2.57	ดี	20.25	2.02	ดีมาก	-3.846	0.001**
การดูแลตนเองให้กับ ผู้ป่วย	3.80	1.40	ดี	4.30	1.03	ดีมาก	-2.939	0.008**
การอยู่ร่วมกันภายใน บ้าน	3.30	1.22	ดี	4.00	1.21	ดีมาก	-3.907	0.001**
การทำงาน	3.25	1.29	ดี	3.95	0.94	ดี	-3.199	0.005**
การเข้าสังคม	3.00	1.38	ดี	3.95	1.00	ดี	-3.133	0.005**
การจัดการกับอาการ ผิดปกติ	10.10	2.40	ดี	12.45	1.64	ดีมาก	-4.568	<0.001***
การสอนกำกับ	7.20	2.35	ดี	8.35	1.69	ดีมาก	-4.116	0.001**
การคอยห่าง	3.40	0.99	ดี	4.30	0.80	ดีมาก	-3.596	0.002**
การจัดการเรื่องยา	16.20	2.04	ดีมาก	18.80	1.40	ดีมาก	-6.023	0.006**
การจัดสิ่งแวดล้อมที่ เหมาะสมสำหรับ ผู้ป่วย	7.90	2.14	ดี	9.00	1.12	ดีมาก	-3.688	0.002**

การดูแลตนเองด้าน ต่างๆ	15.05	3.59	ดี	18.20	1.51	ดีมาก	-4.116	0.001**
การขอความช่วยเหลือ	7.60	2.14	ดี	9.35	1.09	ดีมาก	-4.027	0.001**

\* P-value <0.05, \*\* P-value <0.01, \*\*\* P-value <0.001

จากตารางเปรียบเทียบทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ค่าเฉลี่ยของทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย การดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย การอยู่ร่วมกันภายในบ้าน การจัดการกับอาการผิดปกติ การสอนกำกับ การถอยห่าง การจัดการเรื่องยา การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแล การดูแลตนเองด้านต่างๆ และการขอความช่วยเหลือ เปลี่ยนแปลงจากระดับดีเป็นดีมาก เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน

### สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีคะแนนความรู้เพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.001 และค่าเฉลี่ยของทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นในทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### อภิปรายผล

จากการศึกษาที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มขึ้นในทุกด้าน เป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรม โดยการนำเอากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (กิตติพงษ์ พงษ์พวง,2558) มาใช้เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม มีความเชื่อมโยงกัน 4 ขั้นตอน โดยเริ่มจากการเรียนรู้ขั้นประสบการณ์ (Experience) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ใช้เทคนิค กระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง หรือกระตุ้นให้คนแต่ละคนได้เกิดการค้นหาคำศัพท์ที่มีในตนเอง ด้วยการทบทวนประสบการณ์เดิม ทบทวนสิ่งที่ได้เคยทำ เคยได้ยิน เคยได้เห็น และเคยได้เรียนรู้มาเป็นองค์ความรู้ที่สะสมอยู่ในตัวเอง นำออกมาเสนอเพื่อเรียนรู้ร่วมกัน (กิตติพงษ์ พงษ์พวง,2558) ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวได้นำเอาการตั้งคำถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น การรับมือกับอาการกำเริบของผู้ป่วย บทบาทและความภาคภูมิใจในการดูแล มาใช้ในการทบทวนประสบการณ์เดิมของผู้ดูแล โดยกระบวนการดังกล่าว สอดคล้องกับปัจจัยทางจิตสังคมในการทำหน้าที่ของครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วย คือความรู้สึกเป็นทุกข์ร่วมกัน ประสบการณ์จากลักษณะพฤติกรรมของครอบครัวที่ช่วยส่งเสริมการรักษาด้วยยาและระบบการรักษาอื่น ซึ่งจะส่งผลต่อประสบการณ์ด้านบวกในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว (Saunders JC.,2003) จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การป้องกันอาการกำเริบ/การก่อดำรง และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การสื่อสาร การดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกันภายในบ้าน การทำงาน ด้านสังคม การจัดการกับอาการผิดปกติ การสอนกำกับ การถอยห่าง การจัดการเรื่องยา การจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลตนเองในด้านต่างๆของผู้ดูแลและการขอ

ความช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ รู้ถึงวิธีการที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วย ช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียดทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (Yamashita,1996) จนนำไปสู่กระบวนการสะท้อนคิด และอภิปรายผล (Reflection and Discussion) จากความรู้และทักษะที่ผู้วิจัย ได้บรรยายร่วมแลกเปลี่ยนด้วยการร่วมถกคิด วิเคราะห์ อภิปรายให้ความเห็นร่วมกัน เพื่อหาข้อสรุปใหม่ ๆ จากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะทำให้สนับสนุนให้เกิดทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหาการแสวงหาทางเลือก โดยการพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ จนนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา (ภาวิณี สถาพรธีระ และกฤตยา แสงเจริญ,2561) จนเกิดความคิดรวบยอด (Conceptualize) ซึ่งจะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหา ขั้นตอนของการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จะช่วยทำให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ง่ายขึ้น (กิตติพงษ์ พงษ์พวง,2558) จากนั้นผู้วิจัยจะนำเข้าสู่ขั้นการทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Apply) ผ่านการอธิบาย สาธิต และการสาธิตย้อนกลับ และการติดตามผลจากการประยุกต์ใช้แนวคิดและทักษะที่เกิดขึ้น โดยการเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจ รวมถึงให้คำแนะนำที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย จากนั้นผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะมาแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้และสรุปสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ปัญหา/อุปสรรค เทคนิคที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการพัฒนารูปแบบหรือแนวทางในการพัฒนาต่อยอดการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเยี่ยมบ้านและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน ทั้งในเรื่องโรค การรักษา เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วย และทราบแนวทางจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อีกทั้งการเยี่ยมบ้านและการให้ความรู้ที่บ้าน นอกจากจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มมากขึ้นแล้ว ยังทำให้เห็นสภาพปัญหาที่มีความเฉพาะในผู้ป่วยหรือผู้ดูแลแต่ละราย ทำให้เกิดการแก้ปัญหาหรือการให้คำปรึกษาที่ตรงประเด็น การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ปิยธิดา รักพงษ์ , 2562) จะเห็นได้ว่าโปรแกรม ๆ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มีการจัดกระบวนการให้ครบทั้ง 4 ขั้นตอน โดยที่กระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอนมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะขั้นการสะท้อนคิดและอภิปราย (Reflection and Discussion) และขั้นความคิดรวบยอด (Conceptualize) ซึ่งทั้ง 2 ขั้นตอนนี้ จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ดึงข้อมูลเก่า หรือรับข้อมูลใหม่บางส่วนก่อน เพื่อนำไปสู่การอภิปราย และประยุกต์ใช้ให้เกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามา ร่วมเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาทักษะการเรียนรู้ จะส่งผลเป็นประสบการณ์จนนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น (Keltner NL, Steele D.,2015)

### ข้อจำกัดในงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง ซึ่งขาดกลุ่มควบคุมผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาจึงไม่สามารถเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นได้

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะช่วยลดปัญหาจากการขาดยา ลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิต รวมถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มากยิ่งขึ้น

## จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO 26/2567 วันที่ 29 มีนาคม 2567 และเอกสารรับรองเพิ่มเติมหมายเลขการ รับรอง CRPPHO 103/2567 วันที่ 9 ตุลาคม 2567

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวียง เชียงรุ้งที่อำนวยความสะดวกให้การวิจัยครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ ในเรื่องคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมถึง โปรแกรมส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ เป็นอย่างดี ทำให้การศึกษานี้เป็นไปด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข)*. บริษัท วิคทอเรียอิมเมจ จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข*. เข้าถึงได้จาก [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat\\_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=31ad3425df7840afe354735d7d2ba957](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=31ad3425df7840afe354735d7d2ba957)
- กิตติพงษ์ พุ่มพวง. (2558). การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ด้วยทฤษฎีเชื่อมโยงความรู้ (Connectivism) ผ่านสื่อสังคมออนไลน์. *วารสารศิลปะศาสตร์ปริทัศน์*, 10(19), 1-13.
- ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าเหล็กที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 3(1), 24-35.
- นุจรินทร์ บัวละคร . (2560). *ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในโรคร่วมจิตเภทและสุรา* . ปทุมธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ .
- ปิยธิดา รักพงศ์ . (2562). *ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]*. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พัชรินทร์ เจริญผล,โสภณ แสงอ่อน และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2562). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(2), 29-46.
- พัชรินทร์ อติสรณกุล. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยญาติมีส่วนร่วม หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารนครศรีธรรมราชเวชสาร*, 34(2), 89-99.
- ภาวิณี สถาพรธีระ และกฤตยา แสงวงเจริญ.(2561).การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*. 24(2), 145-154.
- คันสนีย์ พูลผล. (2565). *ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า* . กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.

สินเงิน สุขสมปอง, ดุษฎี อุดมอิทธิพงษ์ และพลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(4), 331-340.

Keltner NL, Steele D. (2015). *Psychiatric Nursing* (7th ed.). St. Louis Missouri.

Saunders JC. (2003). Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues Mental Health Nursing* .24(2),175-198.

World Health Organization. (2022). *Schizophrenia*. เข้าถึงได้จาก [https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/schizophrenia?gad\\_source=1 &gclid=Cj0KCQiAxOauBhCaARIsAEbUSQQcL4pxiRWLznGKiCAuKxcMws6kcmkJpa08Agc1KOc99QUdiSZrUkQaAgz7EALw\\_wcB](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/schizophrenia?gad_source=1 &gclid=Cj0KCQiAxOauBhCaARIsAEbUSQQcL4pxiRWLznGKiCAuKxcMws6kcmkJpa08Agc1KOc99QUdiSZrUkQaAgz7EALw_wcB)

Yamashita, M. (1996). A study of how families care for mentally ill relatives in Japan. *international Nursing*. 43(4),121-125.