

# ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อความรู้และภาวะการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชยวาน

สุรัตน์ดา มอโท, พย.บ.\*  
มัลลิกา สิงห์สุริยะ, พย.ม.\*\*

## บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อความรู้และภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมที่มารับการรักษาหรือรับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลไชยวาน จำนวน 54 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภท ของกรมสุขภาพจิต ระยะเวลา 6 สัปดาห์ แบบประเมินความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย และแบบประเมินภาวะการดูแล Zarit Burder ภาษาไทย ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired sample T-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา 6 สัปดาห์ ได้แก่ 1) กิจกรรมการสร้างความสัมพันธ์และแรงจูงใจ 2) กิจกรรมความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการและสาเหตุ การรักษาและการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท 3) กิจกรรมความรู้สึกและความคาดหวังของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม 4) กิจกรรมการสื่อสารในครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม 5) กิจกรรมบทบาทของญาติในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม 6) กิจกรรมการจัดการกับความเครียดวิตกกังวลในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.001$  โดยเพิ่มจาก 8.13 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.06) เป็น 16.41 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.25) และคะแนนความรู้สึกเป็นภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.001$  โดยลดลงจาก 30.2 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.7) เป็น 23 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.7)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการติดตามประเมินผลระยะยาว เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนระดับองค์ทางด้านจิตใจและอารมณ์ และเพิ่มกิจกรรมมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนให้มีบทบาทในการช่วยเหลือครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดภาวะการดูแลระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด

\* โรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี

\*\* โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

# The Effect of Psychoeducational Program on Knowledge and Burden of Caregiver of Metamphetamine-associated Psychosis Patient, Chiwan Hospital

\*Suratda Mortho, B.N.S

\*\*Mullika Singhasuriya, M.N.S

## Abstract

This quasi-experimental Research aimed to examine the effect of the psychoeducational program on knowledge and burden of caregiver of methamphetamine - associated psychosis patient. The sample included 54 cases in Chiwan Hospital, Udon thani Province. The sample included 54 caregivers of Metamphetamine-associated Psychosis Patient at the outpatient department of Chaiyawan Hospital. The instrument used was the Department of Mental Health's 6-week of Psychoeducational Program. The questionnaires used for collecting data of knowledge and burden assessment. Data were analyzed by descriptive and Paired sample T-test.

Results: After 6-week of Psychoeducational Program, include: 1) Relationship building and motivation activities, 2) Activities on knowledge about schizophrenia, symptoms and causes, treatment and prevention of relapse of schizophrenia, 3) Activities on feelings and expectations of caregivers, 4) Family communication activities for caring for patients with substance abuse problems 5) Activities on the role of relatives in caring for and changing the behavior of patients, 6) Stress and anxiety management activities in the care of caregivers with substance abuse problems. There was a statistically significant increase in the mean knowledge score ( $p < 0.001$ ), increasing from 8.13 (standard deviation 3.06) to 16.41 points (standard deviation 2.25), and the burden score was significantly reduced ( $p < 0.001$ ), decreasing from 30.2 (standard deviation 6.7) to 23 points (standard deviation 6.7).

Recommendations: Long-term follow-up and evaluation should be conducted to ensure that caregivers receive psychological and emotional support, and increase the participation activities of the community network to play a role in helping families as a source of social support to reduce the burden of long-term care.

**Keywords:** psychoeducational program, Caregiver of Metamphetamine-associated Psychosis Patient

---

\* Chaiwan hospital, Udon Thani Province

\*\* Udonthani hospital, Udon Thani Province

## บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและเกิดความรุนแรงได้ โดยเกิดความผิดปกติทั้งทางด้าน ความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน จากข้อมูล National Survey on Drug Use and Health ปี ค.ศ. 2022 ความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรค SMIV นั้น คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรทั่วไปทั้งหมดที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยพบมากที่สุด ในช่วงอายุ 26-49 ปี ในกลุ่มของผู้ป่วยโรค SMIV นั้น พบว่า มีร้อยละ 5-15 ที่สามารถก่อเหตุรุนแรงกับชุมชนได้อีก การศึกษาปัจจัยที่ทำให้้อัตราก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด การไม่รับรู้ความเจ็บป่วย มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การทำหน้าทีและสมรรถนะทางสังคมเสื่อมไป แนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันมุ่งเน้นให้อาการทุเลาลงและกลับสู่ชุมชนโดยเร็ว โดยญาติและผู้ดูแลมีส่วนร่วมสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในระยะยาวส่วนใหญ่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบซ้ำ กระบวนการบำบัดทางจิตสังคม การให้คำแนะนำแก่ครอบครัวและผู้ดูแลให้เข้าใจและมีความรู้ในการดูแล การทำกลุ่มบำบัด เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ ยังเป็นส่วนสำคัญของการรักษาให้ผู้ดูแลเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่ออยู่ในสังคม จึงเป็นภาระการดูแลที่ผู้ดูแลในครอบครัวหลีกเลี่ยงไม่ได้<sup>1</sup> ภาระการดูแล (Caregiver burden) หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกแสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ผู้ดูแลมักมีความเครียดและวิตกกังวลสูง ขาดความรู้และทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมที่ทำหายของผู้ป่วย ภาระการดูแลที่หนักอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจของผู้ดูแลเอง ความรู้สึกโดดเดี่ยวและขาดการสนับสนุนทางสังคม ความกลัวและกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมกับปัญหาการใช้สารเสพติด<sup>2</sup> จากข้อมูลสถิติผู้มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชยวาน ในปีพ.ศ. 2565-2567 พบว่า มีผู้รับบริการผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 147,179 และ 239 คน ตามลำดับ และเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทเวชจากยาเสพติด จำนวน 45, 70 และ 171 คน ตามลำดับ<sup>3</sup>

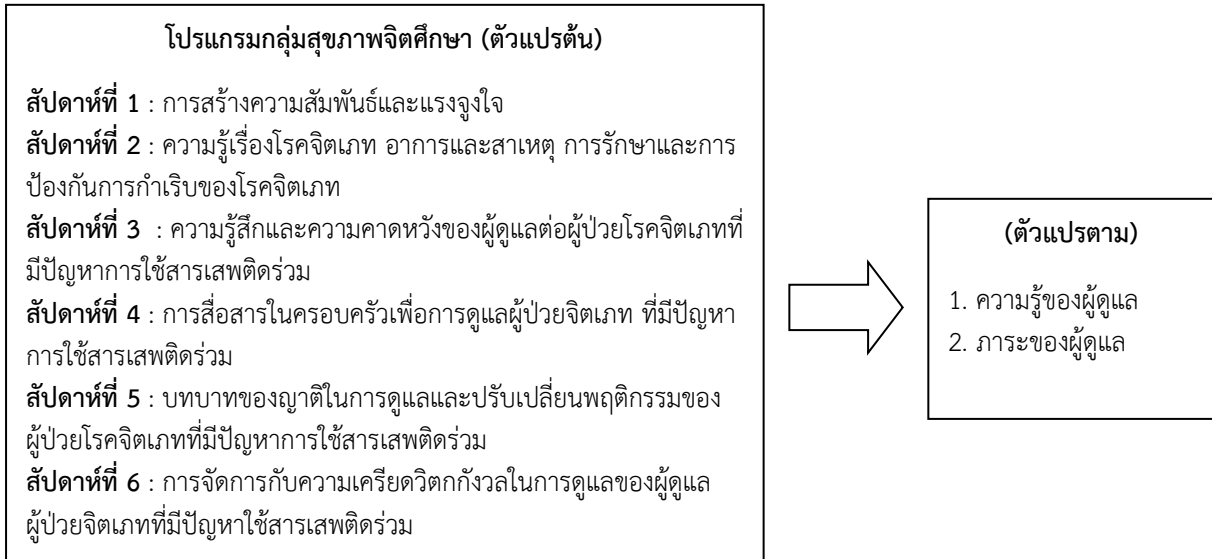
ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพและเป็นหัวหน้าผู้ป่วยนอก ทั้งมีบทบาทในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลไชยวาน อีกทั้งส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในผู้ดูแลและส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉินได้ดีขึ้น สนับสนุนการฟื้นฟูและการรักษาของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การให้ความสำคัญกับการลดความกังวลของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดอย่างเป็นองค์รวม ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลจึงเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญ เนื่องจากความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลไม่ใช่โรคที่มีหลักการวินิจฉัยและอาการแสดงที่ ชัดเจน แพทย์อาจพลาดโอกาสการทำความเข้าใจและช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ได้ผู้ดูแลจึงเปรียบเสมือนผู้ป่วยที่ถูกสลิ้ม (hidden patient)<sup>4</sup> จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ได้รับรู้ถึงภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม ยังขาดความรู้ ความเข้าใจทัศนคติ ส่งผลให้เกิดความเครียด ความทุกข์ใจ และความยากลำบากในการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมและปัจจัยต่างๆ ที่เกิดจากผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม จะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ตลอดชีวิตอีกทั้งประสบการณ์การรับมือกับปัญหาของผู้ดูแล ที่ส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ทำให้มีผลกระทบต่ออาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม และยังส่งผลกระทบต่ออาการเกิดอาการกำเริบซ้ำจากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อความรู้และภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มี

ปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมรับรู้พลังอำนาจแห่งตนและลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้และภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

### กรอบแนวคิดการวิจัย



### วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The One-Group Pretest-Posttest Design)

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมอาศัยในอำเภอไชยวาน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมที่มารับการรักษาหรือรับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลไชยวาน ระหว่างวันที่ 16 มิถุนายน 2568 ถึง 31 กรกฎาคม 2568 สุ่มครใจเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 54 คน โดยกำหนด  $\alpha = 0.05$  Power Analysis = 0.80 (Cohen, 1988) effect size = 0.80 โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมที่มีหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมโดยตรงอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือรางวัลใดๆตอบแทนเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา สามิ ภรรยา พี่น้อง บุตร
2. เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช
3. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปเพศชายและหญิง
4. มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอไชยวาน
5. สามารถเข้าใจอ่านเขียนภาษาไทยได้และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้แบบปกติ
6. สัมครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบไปด้วย วันที่มารับบริการครั้งแรก เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ การศึกษา รายได้ต่อเดือน รายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย โรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินภาวะการดูแล Zarit Burder ภาษาไทย ฉบับ 12 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ ที่ครอบคลุมประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับภาวะการดูแล มีตัวเลือกคำตอบแบบ Likert scale 5 ระดับตั้งแต่ 0 (ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย) ถึง 4 (รู้สึกเช่นนั้นบ่อยมาก)

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ลักษณะเลือกตอบถูกผิดจำนวน 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 0-20 คะแนน การแปลผลระดับคะแนนอิงเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวม	ความหมาย
≤ 11	ความรู้ระดับสูงต่ำ
12-15	ความรู้ระดับปานกลาง
16-20	ความรู้ระดับสูง

**ส่วนที่ 4** โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา<sup>1</sup> ผู้วิจัยได้นำหลักสูตรการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วย จิตเภทของกรมสุขภาพจิต ที่เผยแพร่ในเทคโนโลยีการให้สุขภาพจิตแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทในโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทมาปรับใช้ในรูปแบบกลุ่ม มีทั้งหมด 6 กิจกรรม ระยะเวลาในแต่ละกิจกรรมประมาณ 60-90 นาที ระยะเวลา 6 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการสร้างความสัมพันธ์และแรงจูงใจ ระยะเวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการและสาเหตุ การรักษาและการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทระยะเวลา 90 นาที

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมความรู้สึกและความคาดหวังของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมระยะเวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการสื่อสารในครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม ระยะเวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมบทบาทของญาติในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม ระยะเวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมการจัดการกับความเครียดวิตกกังวลในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม ระยะเวลา 90 นาที

## การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 12368 ลงวันที่ 12 มิถุนายน 2568

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม จำนวน 54 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 62.96 อายุมากกว่า 51 ปี ร้อยละ 64.8 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.3 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 51.9 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 88.9 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 81.5 อาการผู้ป่วยปัจจุบันแยลง ร้อยละ 48.1 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม (n=54)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน ( คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	7	13.9
หญิง	47	87.1
<b>อายุ</b>		
≤ 40 ปี	7	12.9
41-50 ปี	12	22.2
มากกว่า 51 ปี	35	64.9
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถม	45	83.3
มัธยมศึกษา	7	13.0
อนุปริญญา/อาชีวศึกษา	1	1.9
ปริญญาตรี	1	1.9
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	24.1
งานบ้าน	4	7.4
รับจ้าง	5	9.3
ทำไร่/ทำสวน	25	51.9
ค้าขาย	1	1.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	1.9
อื่นๆ ระบุ	2	3.7
<b>รายได้</b>		
ต่ำกว่า 10,000	48	88.9
20,000 – 30,000	5	9.3
30,000 ขึ้นไป	1	1.9
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	45	83.3
มี	9	16.7
เบาหวาน	2	3.7
ความดันโลหิตสูง	4	7.4
เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	1	1.9
Anemia	1	1.9
โรคหัวใจ	1	1.9

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม (n=54) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน ( คน)	ร้อยละ
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>		
บิดาหรือมารดา	34	62.9
สามีหรือภรรยา	11	20.4
พี่หรือน้อง	3	5.6
อื่นๆ	6	11.1
<b>ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย</b>		
น้อยกว่า 5 ปี	44	81.5
5-10 ปี	2	3.7
มากกว่า 10 ปี	8	14.8
<b>ภาวะในการดูแลผู้ป่วยอื่นนอกจากผู้ป่วย</b>		
ไม่มีภาวะในการดูแลผู้ป่วยอื่น	8	14.8
มีภาวะในการดูแลผู้ป่วยอื่น	46	85.2
<b>มีผู้ดูแลร่วมหรือไม่</b>		
ดูแลตามลำพัง	20	37.04
มีผู้ดูแลร่วม	34	62.96
<b>ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย</b>		
ไม่กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย	7	13.0
กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเล็กน้อย	32	59.3
มีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย	15	27.8
<b>อาการผู้ป่วยปัจจุบัน</b>		
ดีขึ้น/ทุเลา	5	9.3
คงที่	23	42.6
แย่ลง	26	48.1

## 2. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

ก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ถูกต้อง 3 อันดับแรกได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับไปใช้ชีวิตเป็นปกติได้ถ้าได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และ ท่านสามารถคลายเครียดด้วยตนเองโดยการภาวนา สวดมนต์ หรือ ออกกำลังกายวิธีการใดวิธีการหนึ่ง หรือหลายวิธีร้อยละ 98.1 รองลงมาคือ หากผู้ป่วยมีอาการ เช่น หูแว่ว หรือหลงผิด สมาชิกควรพูดให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความเชื่อนั้นและหากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา สมาชิกควรขู่บังคับให้รับประทานยาครบถ้วน เพื่อไม่ให้มีอาการกำเริบร้อยละ 90.7

หลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ถูกต้อง 3 อันดับแรกได้แก่ ท่านสามารถสังเกตเห็นอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบได้ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิดร้อยละ 100 รองลงมาคือท่านสามารถฝึกผู้ป่วยจิตเภทให้ช่วยเหลืองานในบ้านได้ เช่น กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ร้อยละ 100 และโรงพยาบาลจิตเวชควรทำหน้าที่รับผิดชอบจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยร้อยละ 98.1รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามคะแนนความรู้ที่ตอบถูกต้องก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม (n=54)

ข้อที่	ความรู้	ก่อน ให้สุขภาพจิตศึกษา	หลัง ให้สุขภาพจิตศึกษา
1	อาการทางจิตของผู้ป่วยเกิดจากผู้ป่วยคิดมากไปเอง	16.7	96.3
2	ถ้าผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งแต่แรกก็ไม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทแน่นอน	11.1	51.9
3	การรับประทานยารักษาอาการทางจิต ไม่ควรจะรับประทานติดต่อกันนานเกินไป เพราะจะทำให้ติดยาได้	59.3	94.4
4	การรักษาด้วยไฟฟ้าอาจทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้	53.7	92.6
5	ท่านสามารถสังเกตเห็นอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบได้ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด	88.9	100*
6	เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้วไม่มีทางหายขาด	11.1	14.8
7	ผู้ป่วยจิตเภทมักจะเป็นภาระให้กับครอบครัวที่ดูแลเสมอ แม้ว่าอาการจะดีขึ้นแล้วก็ตาม	5.6	20.4
8	ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับไปใช้ชีวิตเป็นปกติได้ถ้าได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม	98.1	96.3
9	ผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับการยกเว้นไม่ต้องทำกิจกรรมในบ้าน เพื่อให้ไม่ให้เกิดเครียดเกินไป	79.6	98.1
11	โรงพยาบาลจิตเวชควรทำหน้าที่รับผิดชอบจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย	79.6	98.1*
12	ท่านสามารถจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้	81.5	87.0
13	ผู้ป่วยจิตเภทควรจะต้องนอนพักผ่อนมากๆ	87.0	94.4
14	ผู้ป่วยจิตเภทมักมีนิสัยเกียจคร้าน ติ้อ	87.0	88.9
15	ผู้ป่วยจิตเภทมักจะไม่ค่อยรับฟัง เมื่อสมาชิกพูดด้วยดีๆ	85.2	87.0
16	หากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา สมาชิกควรขู่บังคับให้รับประทานยาครบถ้วน เพื่อไม่ให้มีอาการกำเริบ	90.7	44.4
17	หากผู้ป่วยมีอาการ เช่น หูแว่ว หรือหลงผิด สมาชิกควรพูดให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความเชื่อนั้น	90.7	81.5
18	หากท่านมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดต้นคอบ่อยๆ หงุดหงิดง่าย หรือนอนไม่หลับ อาการดังกล่าวไม่เกี่ยวกับความเครียด	87.0	100
19	ท่านไม่สามารถสร้างกำลังใจ トラบที่ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตอยู่	79.6	98.1
20	ท่านสามารถคลายเครียดด้วยตนเองโดยการภาวนา สวดมนต์ หรือออกกำลังกายวิธีการใดวิธีการหนึ่ง หรือหลายๆวิธี	98.1	100

เมื่อพิจารณาความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 87.0 และระดับสูงร้อยละ 7.4 ตามลำดับตั้งรายละเอียดในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับความรู้ก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (< 11 คะแนน)	47	87.0	2	3.7
ปานกลาง (12-15 คะแนน)	3	5.6	6	11.1
สูง (16-20 คะแนน)	4	7.4	46	85.2
รวม	54	100	54	100

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมนั้นพบว่าผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนให้สุขภาพจิตศึกษาเท่ากับ 8.13 หลังให้สุขภาพจิตศึกษาเท่ากับ 16.41 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังให้สุขภาพจิตศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบคะแนนของความรู้ก่อนและหลัง การให้สุขภาพจิตศึกษา

ความรู้	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของส่วนต่าง	t	p-value
ก่อนให้สุขภาพจิตศึกษา	8.13	3.06	8.25	-16.30	<0.001
หลังให้สุขภาพจิตศึกษา	16.41	2.25			

### 3. ความรู้สึกเป็นภาระของดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม

ก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม มีความความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม 3 อันดับแรกได้แก่ คุณรู้สึกว่าคุณควรจะทำอะไรมากยิ่งขึ้นเพื่อญาติของคุณหรือไม่ร้อยละ 85.2 รองลงมาคือ คุณรู้สึกว่าคุณควรจะทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่ ร้อยละ 83.3 และคุณรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรกับผู้ป่วยหรือไม่ ร้อยละ 77.89

หลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม มีความรู้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมลดลง 3 อันดับแรกได้แก่ คุณรู้สึกว่าคุณควรจะทำอะไรมากยิ่งขึ้นเพื่อญาติของคุณหรือไม่ร้อยละ 88.9 รองลงมาคือ คุณรู้สึกว่าคุณควรจะทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่ ร้อยละ 87 และคุณรู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลญาติของคุณหรือไม่ร้อยละ 13 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามคะแนนความรู้สึกเป็นภาระ ก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

ข้อ ที่	ความรู้สึกเป็นภาระ	ก่อนให้สุขภาพจิตศึกษา					หลังให้สุขภาพจิตศึกษา				
		แทบ ทุก ครั้ง	ค่อนข้าง บ่อย	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่มี	แทบ ทุก ครั้ง	ค่อนข้าง บ่อย	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่มี
1	คุณรู้สึกว่าไม่มีเวลาสำหรับตัวคุณเองเลยเพราะต้องใช้เวลาดูแลญาติของคุณหรือไม่	0	31.5	59.3	7.4	1.9	0	3.7	77.8	14.8	3.7
2	คุณรู้สึกเครียดเพราะต้องดูแลญาติของคุณในขณะที่ยังต้องรับผิดชอบครอบครัวและงานด้วยหรือไม่	1.9	74.1	0	16.7	3.7	0	11.1	75.9	11.1	1.9
3	คุณรู้สึกโกรธเมื่ออยู่กับญาติของคุณหรือไม่	0	37	50	9.3	3.7	0	1.9	27.8	59.3	11.1
4	คุณรู้สึกว่าญาติของคุณทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคุณกับสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวและเพื่อนๆขณะนี้เป็นไปได้ในทางลบหรือไม่	0	57.4	29.6	9.3	3.7	0	1.9	70.4	20.4	7.4
5	คุณรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับญาติของคุณหรือไม่	0	70.4	20.4	5.6	3.7	0	5.6	59.3	29.6	5.6
6	คุณรู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลญาติของคุณหรือไม่	0	64.8	25.9	9.3	0	0	13.0	51.9	35.2	0
7	คุณรู้สึกว่าคุณไม่มีความเป็นส่วนตัวอย่างที่คุณอยากได้เพราะญาติของคุณหรือไม่	0	42.6	46.3	9.3	1.9	0	1.9	20.4	66.7	11.1
8	คุณรู้สึกว่า การดูแลญาติทำให้ชีวิตทางสังคมมีปัญหา	0	64.8	27.8	3.7	3.7	0	1.9	68.5	25.9	3.7
9	คุณรู้สึกว่า คุณสูญเสียการควบคุมชีวิตของตนเองตั้งแต่ญาติของคุณป่วยหรือไม่	0	51.6	33.3	9.3	5.6	0	1.9	29.6	55.6	13
10	คุณรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรกับผู้ป่วยหรือไม่	0	77.8	14.8	3.7	3.7	1.9	11.1	72.2	9.3	5.6
11	คุณรู้สึกว่า คุณควรจะทำอะไรมากยิ่งขึ้นเพื่อญาติของคุณหรือไม่	1.9	85.2	9.3	1.9	1.9	5.5	88.9	0	3.7	1.9
12	คุณรู้สึกว่า คุณควรจะทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่	5.6	83.3	7.4	3.7		11.1	87	0	1.9	0

เมื่อพิจารณาความรู้สึกเป็นภาระ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูงร้อยละ 88.9 และระดับปานกลางร้อยละ 11.1 ตามลำดับดังรายละเอียดในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามความรู้สึกเป็นภาระ ก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

ระดับความรู้สึกเป็นภาระ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0-10 คะแนน)	0		1	1.9
ปานกลาง (11-20 คะแนน)	6	11.1	13	24.1
สูง (มากกว่า 20 คะแนน)	48	88.9	40	74.1
รวม	54	100	54	100

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกเป็นภาระ ก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมนั้นพบว่าผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนให้สุขภาพจิตศึกษาเท่ากับ 30.2 หลังให้สุขภาพจิตศึกษาเท่ากับ 23

เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังให้สุขภาพจิตศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** การเปรียบเทียบคะแนนของความรู้สึกเป็นภาระ ก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

ความรู้สึกเป็นภาระ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของส่วนต่าง	t	p-value
ก่อนให้สุขภาพจิตศึกษา	30.2	6.7	7.1	8.17	<0.001
หลังให้สุขภาพจิตศึกษา	23.0	6.7			

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 63 มีอายุมากกว่า 51 ปี มากถึงร้อยละ 64.8 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 51.9 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 88.9 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 81.5 อาการผู้ป่วยปัจจุบัน แย่ลง ร้อยละ 48.1

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ถูกต้อง 3 อันดับแรกได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับไปใช้ชีวิตเป็นปกติได้ถ้าได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และท่านสามารถคลายเครียดด้วยตนเองโดยการภาวนา สวดมนต์ หรือ ออกกำลังกายวิธีการใดวิธีการหนึ่ง หรือ หลายๆ วิธี ร้อยละ 98.1 รองลงมา คือ หากผู้ป่วยมีอาการ เช่น หูแว่ว หรือหลงผิด สมาชิกควรพูดให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความเชื่อ นั้นและหากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา สมาชิกควรขู่บังคับให้รับประทานยาครบถ้วน เพื่อไม่ให้มีอาการกำเริบ ร้อยละ 90.7 หลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ถูกต้อง 3 อันดับแรกได้แก่ ท่านสามารถสังเกตเห็นอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบได้ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิดและท่านสามารถฝึกผู้ป่วยจิตเภทให้ช่วยเหลืองานในบ้านได้ เช่น กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้

ร้อยละ 100 รองลงมาคือโรงพยาบาลจิตเวชควรทำหน้าที่รับผิดชอบจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ร้อยละ 98.1 เมื่อพิจารณาความรู้ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ระดับต่ำร้อยละ 87.0 และระดับสูง ร้อยละ 7.4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้ สารเสพติดร่วมนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนให้สุขภาพจิตศึกษาเท่ากับ 8.13 หลังให้ สุขภาพจิตศึกษาเท่ากับ 16.41 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังให้ สุขศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ และคณะ ที่พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นดีขึ้น ค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิต หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>5</sup> และ การศึกษาของกุลยาณีขงศ วงหนูพะเนาว่า ที่พบว่า คะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ กลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05<sup>6</sup>

ด้านความรู้สึกเป็นภาระของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษากลุ่มตัวอย่าง มีความ ความรู้สึกเป็นภาระ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม 3 อันดับแรก ได้แก่ คุณรู้สึกว่าคุณ ควรจะทำอะไรมากยิ่งขึ้นเพื่อญาติของคุณหรือไม่ ร้อยละ 85.2 รองลงมา คือ คุณรู้สึกว่าควรจะทำหน้าที่ดูแล ญาติของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่ ร้อยละ 83.3 และคุณรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรกับผู้ป่วยหรือไม่ ร้อยละ 77.89 หลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม มีความรู้ความรู้สึกเป็นภาระในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมลดลง 3 อันดับแรก ได้แก่ คุณรู้สึกว่าควรจะทำอะไรมาก ยิ่งขึ้นเพื่อญาติของคุณหรือไม่ ร้อยละ 88.9 รองลงมาคือ คุณรู้สึกว่าควรจะทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ ดีกว่านี้หรือไม่ ร้อยละ 87 และคุณรู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลญาติของคุณหรือไม่ ร้อยละ 13 เมื่อ พิจารณาความรู้สึกเป็นภาระของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 88.9 และระดับปานกลาง ร้อยละ 11.1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกเป็นภาระก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่าง นั้น พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเป็นภาระก่อนให้สุขภาพจิตศึกษาเท่ากับ 30.2 หลังให้สุขภาพ จิตศึกษาเท่ากับ 23.0 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังให้สุขภาพศึกษาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพันธ์ุ สายสัย ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ร้อยละ 54.5 เกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลโดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ เพศ อายุ โรคประจำตัว รายได้ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการ ดูแล ความทุกข์หรือ อุปสรรคในการดูแล ประสบการณ์ในการรับมือกับปัญหาของผู้ดูแล อาการกำเริบของผู้ป่วย จิตเภท ใน 1 ปี ที่ผ่านมา การขาดนัดทำให้ขาดยา การไปเสพสารเสพติดซ้ำและการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ของผู้ป่วยจิตเภทการบกพร่องในหน้าที่ ภาวะอารมณ์รุนแรงก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนของ ครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยในมิติด้านร่างกายสิ่งแวดล้อม ขาดอาชีพ<sup>7</sup> และการศึกษาของสุณีย์ แสงดาว ที่พบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และภาระการ ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>8</sup>

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามประเมินผลระยะยาวในการดูแลในชุมชนเพื่อประเมินภาระการดูแลในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนระดับรองด้านจิตใจและอารมณ์
2. เพิ่มกิจกรรมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนให้มีบทบาทในการช่วยเหลือครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดภาระการดูแลระยะยาวต่อไป

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำไปประกอบการดูแลสุขภาพจิตศึกษาของผู้ดูแลไปใช้นั้น ผู้ปฏิบัติควรเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา รวมทั้งมีทักษะด้านการทำกลุ่มบำบัด เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากท่านนายแพทย์เอกชัย สีสาวงศ์กิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไชยวาน ที่สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยและบุคลากรกลุ่มงานผู้ป่วยนอก ที่ปฏิบัติหน้าที่ตามจุดบริการต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอขอบคุณคุณชนมณีภา สมานมิตร นักวิชาการสถิติ โรงพยาบาลอุดรธานี ในการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
2. ปัทมา ศิริเวช. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมต่อความสามารถและภาระการดูแลของผู้ดูแล อัตราการป่วยซ้ำและการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย. วารสารพยาบาล 2552;28(2):46-60.
3. ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลไชยวาน, สถิติผู้มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไชยวาน ในปี พ.ศ. 2565-2567; 2567.
4. นิตยา ตากวิริยะนันท์ และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่มต่อความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2562;33(2):1-15.
5. มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์, จารุมน ลัคนาวีวัฒน์, ไพจิตร พุทธรอด. ผลของโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวในการเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2568; 39(1):85-102.
6. กุลยาณีชพงศ วงหนูพะเนา. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567;9(6):861-71.
7. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ และคณะ. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560;29(2):68-79.
8. สุณีย์ แสงดาว, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, รัชณี เกิดโชค. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2555; 26(3):97-111.