

การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

The Development of Caregiver's Empowerment Program of Schizophrenia Patient with Auditory Hallucinations

ผ่อง อนันตริยเวช (Phong Anantariyavej RN, M.Sc.)**

ณัฐกานต์ ใจบุญ (Nuttagan Jaiboon RN, M.N.S)*

วรรณภา พลอยเกลื่อน (Wanapa Ploykluan RN, M.A)*

Abstract

The purposes of this research and development were to develop the caregiver's empowerment program of schizophrenic patients with auditory hallucinations, and to test its effectiveness on care behavior of caregiver. Two phases included the development of the caregiver's empowerment program with an application of empowerment, education and training symptom management and social support and the testity program. Subjects of Schitophremic caregivers were purposively selected and assigned into the control and the experimental group; 30 of each. The control group received the routine care, whereas the experimental group received the caregiver's empowerment program. The research tools consisted of 1) the caregiver's empowerment

program 2) The power of caregiver questionnaires 3) The care behavior of schizophrenic patient with auditory hallucinations questionnaires. Data were collected and analyzed by descriptive statistics and t-test. The results were as following;

1) The Item Objective Congruence coefficients of the program ranged between 0.6-1.0. The program comprised how to learn about effect to the caregiver from caring the schizophrenic patient with violence behavior, effectiveness of coping with the problem and how to request from other supporting system for manage the schizophrenic patient with violence behavior.

2) The care behavior of schizophrenic patient with auditory hallucinations after receiving program was significantly increased, at the level .00.

** Co-responding author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีธัญญา

E-mail : ponganan@hotmail.com

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

3) The care behavior of schizophrenic patient with auditory hallucinations in experimental group after receiving program was significantly higher than the control group, at the level .00.

Key words : caregiver's empowerment program, caregivers, care behavior, schizophrenic patient with auditory hallucination

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว และทดสอบประสิทธิผลต่อพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแล ระยะการดำเนินงานมี 2 ระยะ คือ การพัฒนาโปรแกรมโดยประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจร่วมกับการให้ความรู้และฝึกฝนการจัดการกับอาการหูแว่ว และการสนับสนุนทางสังคม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงและแบ่งเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือของการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแล 2) แบบวัดพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และ 3) แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐาน และสถิติทดสอบที่ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า

1. โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลมีค่าตรงตามเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 เนื้อหาในโปรแกรมประกอบด้วย การสร้างความเข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

จากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว การสร้างเสริมพลังอำนาจให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วอย่างมีประสิทธิภาพ และการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วโดยใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม

2. พฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ในระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

3. พฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ของกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

คำสำคัญ : โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล พฤติกรรม การดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว

ความสำคัญของปัญหา

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วเป็นงานที่หนักและซับซ้อนสำหรับผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วจะมีความผิดปกติของสมองส่วน temporal cortex และบางส่วนของ right middle temporal gyrus โดยผู้ป่วยจะตอบสนองต่อคำพูดกับคนรอบข้างลดลงระหว่างที่มีอาการหูแว่ว และทำให้กระบวนการรับรู้ภายในผิดปกติ (McGuire, Silbersweig, Wright, et al, 1996) ในที่สุดผู้ป่วยจะหมกมุ่นอยู่กับเสียงแว่ว จนกระทั่งมีผลให้สูญเสียความสามารถในการควบคุมตัวเอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคม

ประกอบอาชีพหรือทำงานบ้านไม่ได้ หรืออาจแสดงพฤติกรรมรบกวนความเป็นอยู่ในบ้าน (Rossler, Salize, Van Os, et al, 2005) และยังเป็นเหตุกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงหรือบางครั้งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Carter, Mackinnon & Copolov, 1996) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วและสมาธิในครอบครัวที่อยู่ร่วมกันจะมีความรู้สึกทุกข์ทรมาน และบางรายไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะหวังพึ่งการรักษาเพียงอย่างเดียว และบางรายอาจรู้สึกโกรธที่ผู้รักษาที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายขาดหรือไม่ให้ข้อมูลที่ชัดเจนแก่ผู้ดูแล หรือรู้สึกหมดหนทางในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้บรรยากาศในครอบครัวยังเต็มไปด้วยการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างเข้มงวดตลอดเวลา เพื่อหาหนทางควบคุมอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์ของตนเอง ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเต็มไปด้วยความรู้สึกโกรธสับสน เศร้า ขณะเดียวกันผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านผู้ป่วย คือ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมผิดปกติของตนเองลดลง ไม่ร่วมมือในการรักษา เกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำบ่อยๆ ก้าวร้าว อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้น แต่ในทางตรงข้ามมีข้อมูลที่พบว่า บางครอบครัวยังคงมีความหวังและพยายามทำทุกสิ่งให้ดีขึ้น ตั้งใจดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหูแว่วของตนเองได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเข้มแข็งกว่าเสียงแว่วและเสียงแว่วที่ได้ยินจะกลายเป็นเสียงพูดในทางบวก ในที่สุด

ผู้ป่วยก็จะสามารถดูแลตนเองหรือทำงานได้ (Saunders, 2003) จากข้อมูลที่กำลังข้างต้นแสดงให้เห็นถึงลักษณะการปรับตัวของผู้ดูแลในการตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งผู้ดูแลที่สามารถปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยจะรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องท้าทาย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตั้งใจดูแลผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้น ขณะที่ผู้ดูแลที่ประสบกับความล้มเหลวในการปรับตัว จะรับรู้ว่าการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นภาวะเครียดเกินความสามารถของตน จนกระทั่งทำให้นำไปสู่ความเหนื่อยล้าทุกข์ทรมาน ไม่ต้องการดูแลผู้ป่วยอีกต่อไป (มยุรี กลับบงษ์, 2552)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น นำมาซึ่งการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยทำการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในด้านผู้ป่วย ผู้ดูแล และการปฏิบัติการพยาบาลที่ปฏิบัติในปัจจุบัน ผู้วิจัยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านผู้ป่วย ด้วยการทบทวนสถิติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2555 พบมีจำนวน 4,008, 4,112, 3,778 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว เฉลี่ยร้อยละ 40 ในแต่ละปี และพบว่า ร้อยละ 45 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับมารับรักษาซ้ำ แบบผู้ป่วยใน หลังจากได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 44 วัน (ฝ่ายสารสนเทศ โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2555) แสดงให้เห็นถึง ผลของการจัดการกับอาการหูแว่วของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

ของแผนการดูแลในระยะหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนกระทั่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลาอันสั้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านผู้ดูแล โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว จำนวน 20 ราย พบว่า ผู้ดูแลทุกรายรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว เพราะเห็นผู้ป่วยพูดคนเดียว ทำอะไรแปลก ๆ และรู้สึกทุกข์ใจ ไม่รู้จะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร แต่ขณะเดียวกันก็รู้สึกแปลกใจที่ผู้ป่วยไม่มีอาการหูแว่วขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล แต่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยจะมีเสียงแว่วตลอดเวลา ผู้ดูแลจึงรู้สึกโกรธ คิดว่าผู้ป่วยแกล้งทำ นอกจากนี้พฤติกรรมของผู้ป่วยยังรบกวนการอยู่ร่วมกันของคนในบ้าน เช่น พยายามปีนหน้าต่าง ออกนอกบ้านตามเสียงสั่ง นอนอยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำเป็นเดือน พูดตะโกนคำและกระตือรือร้นเสียงดัง ฯลฯ ผู้ดูแลต้องคอยเฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือรบกวนผู้อื่น โดยไม่ทราบว่าจะไปขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีเวลาทำงานและพักผ่อน ดังนั้นถ้าเป็นไปได้จึงต้องการให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานที่สุด (ข้อมูล ณ วันที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2556) จากปรากฏการณ์ปัญหาที่พบด้านผู้ดูแล แสดงให้เห็นถึง ความรู้สึกอึดอัด หมดพลง เหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วย บ่งบอกถึงความล้มเหลวในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ซึ่ง

สอดคล้องกับรายงานการวิจัยที่พบว่า ความเหนื่อยหน่ายมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วย โดยแสดงออกมาในรูปแบบของการปฏิเสธการดูแลหรือขาดความกระตือรือร้นในการดูแล พยายามผลักดันให้โรงพยาบาลทอดทิ้งผู้ป่วย (มยุรี กลั้ววงษ์, 2552) และเมื่อทบทวนปรากฏการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา ในปัจจุบันจะพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วจะเน้นเฉพาะการดูแลผู้ป่วยให้สามารถจัดการกับอาการหูแว่ว โดยไม่ได้นำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงไม่พบมีการฝึกทักษะสำคัญให้กับผู้ดูแลในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทพ้นหายจากอาการหูแว่ว มีเพียงแต่การให้ข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท วิธีการรักษา การสังเกตอาการเตือนและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเท่านั้น แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่ปฏิบัติกันอยู่ในปัจจุบัน ยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการนำผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการหูแว่วอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ผลที่พบจากการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยต้องเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้พ้นหายจากความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากมีผลการศึกษาที่พบว่า การที่ผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (บุปผา ธนิกกุล และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, 2555) หรือการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ก็มีผลทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) นอกจากนี้จากข้อมูลที่พบ ผู้ดูแลยังจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้เรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการหิวแหว่ของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับอาการหิวแหว่ได้ เพราะการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วย มีผลให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และรู้สึกทุกข์ทรมานลดลงเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงน้อยลง (Given, Given, Sikorskii, et al, 2006) รวมถึงการที่ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการหิวแหว่ จะมีผลให้ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการหิวแหว่ขณะอยู่ที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (สัมพันธุ์ มณีรัตน์, 2552) และข้อมูลที่ปรากฏจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านผู้ดูแลอีกส่วนหนึ่ง พบว่า ผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการที่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับการ

แลกเปลี่ยนข้อมูล การประสานความร่วมมือกับครอบครัวและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลจากครอบครัวอื่น มีผลทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น (Cheng & Greenberg, 2004)

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้นำทางวิชาการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงได้นำแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและมีพลังหรือกำลังใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย โดยการทำให้ผู้ดูแลสามารถค้นพบปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล เน้นให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ แสวงหาแนวทางการแก้ปัญหาและตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหิวแหว่ได้อย่างเหมาะสม (Gibson, 1995; Varghese, et al, 2002) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการหิวแหว่ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับอาการหิวแหว่ขณะอยู่ที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการหิวแหว่ด้วยตนเอง ของศูนย์จัดการกับอาการ ฅ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เมืองซานฟรานซิสโก : UCSF (1995) และนำแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมด้านการประคับประคองจากเครือข่ายทางสังคมและครอบครัว เพื่อช่วยทำให้ผู้ดูแลสามารถการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen; & Will, 1985) รวมถึงข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหิวแหว่มาใช้เป็นสถานการณ์ตัวอย่าง โดยนำแนวคิดทั้งหมดตามที่

กล่าวข้างต้น มาประยุกต์และกำหนดเนื้อหาของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มีเนื้อหากิจกรรมตามโปรแกรมประกอบด้วย 3 ส่วน คือการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว การสร้างเสริมพลังอำนาจให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วอย่างเหมาะสม และ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะเห็นได้ว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้นำแนวคิดทางด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องมากกว่าหนึ่งแนวคิด มาเป็นกรอบแนวทางในการกำหนดเนื้อหา กิจกรรม เนื่องจากพบมีรายงานที่กล่าวไว้ว่า โปรแกรมที่มีส่วนประกอบของเนื้อหาที่ประยุกต์มาจากแนวคิดที่หลากหลาย จะทำให้ประสิทธิผลของโปรแกรมดีกว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดเพียงแนวคิดเดียวมาพัฒนาโปรแกรม (Toseland, 2004) และผู้วิจัยคาดว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วที่พัฒนาขึ้น จะมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา มีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์และเนื้อหาความรู้ในแต่ละส่วน สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติ

งานจริงได้ และผลของการทดสอบโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วระหว่างกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติได้

วัตถุประสงค์

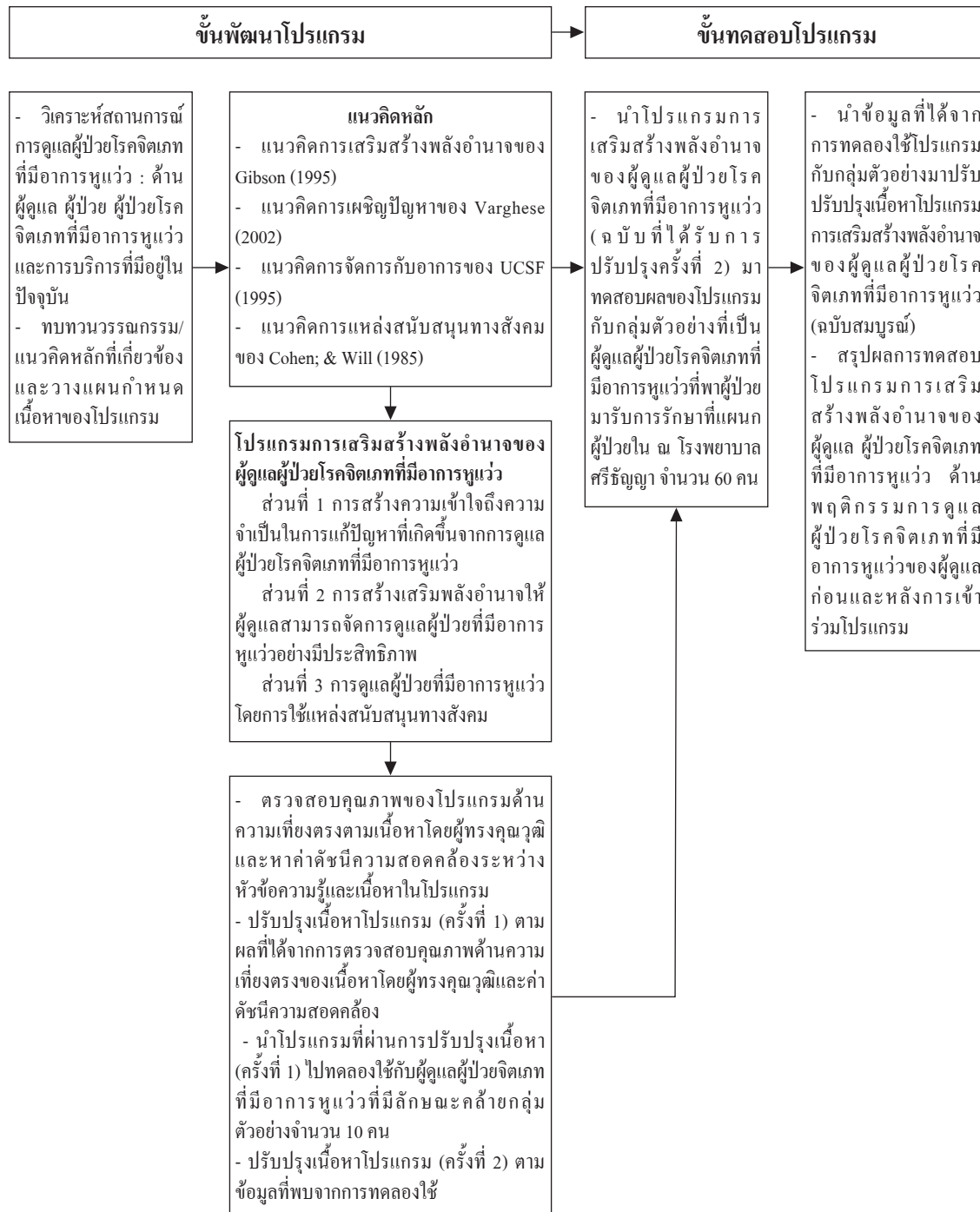
1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว และตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและศึกษาคำดัชนี ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์และเนื้อหาความรู้

2. เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดย

2.1 เปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วของผู้ดูแล ก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2.2 เปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา



สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วของผู้ดูแล หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัยข้อ 2 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ทำการศึกษา ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา

1. กลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจงจากผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ที่พผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้ดูแลอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยทั้งการพูดอ่านและเขียน ไม่จำกัดสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้ดูแลจะได้รับการประเมินระดับพลังอำนาจตามแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแล และพบว่าผลการประเมินพลังอำนาจมีคะแนนอยู่ในระดับน้อยและน้อยที่สุด

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว และการดูแลตามปกติ

2.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วของผู้ดูแล

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ ดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยและพัฒนาของ รุจโรจน์ แก้วอุไร (2549) และสรุปขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ประกอบด้วย

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วด้านผู้ดูแล ผู้ป่วยและการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในปัจจุบัน โดยการวิเคราะห์สถิติการมารับบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว จำนวน 20 ราย ทำการวิเคราะห์การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วโดยการสังเกตและการสัมภาษณ์พยาบาลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย จำนวน 5 คน

1.2 วางแผนการวิจัยและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ แนวคิดการเผชิญปัญหา แนวคิดการจัดการกับอาการหูแว่วในผู้ป่วยโรคจิตเภท และ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำมาประยุกต์เป็นกรอบเนื้อหาของโปรแกรม

1.3 พัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมของ อุทุมพร จามรราม (2541)

ดังต่อไปนี้

1.3.1 กำหนดโครงสร้างหัวข้อความรู้ เนื้อหา กิจกรรม และจุดมุ่งหมายของเนื้อหากิจกรรมในแต่ละส่วน โดยประยุกต์ความรู้เนื้อหากิจกรรมตามแนวคิดที่เกี่ยวข้องในข้อ 1.2 มากำหนดหัวข้อความรู้ออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การสร้างความเข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลค้นพบปัญหา ความต้องการของตนเองและให้ผู้ดูแลสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง ร่วมกับแนวคิดของวากีส (Varghese, et al, 2002) เน้นการให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เรียนรู้เลือกวิธีการแก้ปัญหา และประยุกต์ได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือการสร้างสัมพันธภาพใช้เวลา 30 นาที และการทำความเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการหูแว่ว ใช้เวลา 30 นาที รวมระยะเวลา 60 นาที

ส่วนที่ 2 การสร้างเสริมพลังอำนาจให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วอย่างมีประสิทธิภาพ ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ที่ส่งเสริมให้แสวงหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาในมุมมองใหม่ๆ ร่วมกับแนวคิดการจัดการกับอาการของ UCSF (1995) เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วเนื้อหาในส่วนนี้ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ การทำความเข้าใจกับสาเหตุที่ทำให้ไร้พลังจากการ

ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ใช้เวลา 30 นาที ปฏิบัติตอบสนองของร่างกายต่อภาวะไร้พลัง ใช้เวลา 10 นาที และการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะไร้พลังใช้เวลา 20 นาที รวมระยะเวลา 60 นาที

ส่วนที่ 3 การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วโดยใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของโคเฮนและวิล (Cohen & Will, 1985) เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ในสังคม รู้สึกมีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง ในการต่อสู้ปัญหาในส่วนนี้ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ การคงไว้ซึ่งพลังใจที่สร้างเสริมให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ใช้เวลา 30 นาที และการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมใช้เวลา 30 นาที รวมระยะเวลา 60 นาที

1.4 การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.4.1 นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ตามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่น้อยกว่า 5 ปี และเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจอย่างดีด้านเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ทำการตรวจสอบเนื้อหาโปรแกรม ความครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม พบมีข้อเสนอแนะให้ปรับระยะเวลาในกิจกรรมส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ควรมีเวลาเฉลี่ยประมาณ 60 นาที ในแต่ละส่วน และปรับข้อความรู้เรื่องสาเหตุของอาการหูแว่วให้สั้นและ

กระตุ้นเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น และประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ในแต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.3 – 1.0

1.4.2 นำข้อมูลที่ได้จากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิตามข้อ 1.4.1 มาใช้ในการปรับปรุงโปรแกรม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกในครั้งที่ 2 และนำผลการตรวจสอบและข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงเนื้อหาโปรแกรม และประเมินค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ในแต่ละหัวข้อและวัตถุประสงค์ (IOC) อีกครั้ง ซึ่งจากผลการตรวจสอบพบว่าไม่มีหัวข้อความรู้ และกิจกรรมใดที่มีค่าดัชนี IOC ต่ำกว่า 0.6

1.4.3 นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว ไปใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อทดสอบความครอบคลุมของเนื้อหาโปรแกรมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากการทดลองใช้พบว่า การให้ผู้ดูแลทำกิจกรรมตามใบงานเป็นรายบุคคล ผู้ดูแลจะแสดงความคิดเห็นออกมาได้น้อย ทั้งการพูดและการเขียน ผู้วิจัยจึงปรับปรุงวิธีการทำกิจกรรมตามโปรแกรม โดยปรับให้ผู้ดูแลทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม ๆ ละประมาณ 2-3 คน และพบว่าตัวอย่างสถานการณ์ตามกิจกรรมการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะไร้พลังไม่มีความจำเป็น ต้องใช้ เนื่องจากผู้ดูแลสามารถเข้าใจได้โดยไม่ต้องมีตัวอย่าง

2. ขั้นตอนทดสอบผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มี

อาการหูแว่ว

2.1 นำโปรแกรมที่ผ่านการทดลองใช้ตามข้อ 1.4.3 ไปใช้กับผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลศรีศรีอยุธยา จำนวน 60 คน ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2556 ถึงเดือน เมษายน 2556

2.2 ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ตามที่พัฒนาขึ้น โดย

2.2.1 กำหนดให้กลุ่มทดลองได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว และเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 10 คน จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 60 นาที รวมทั้งหมด 7 กิจกรรม เป็นเวลา 3 สัปดาห์ และได้รับการประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดียวกันหลังสิ้นสุดการทดลอง 3 สัปดาห์

2.2.2 กำหนดให้กลุ่มควบคุมได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว และได้รับการดูแลตามที่ปฏิบัติกันอยู่ในปัจจุบัน จากนั้นประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดียวกัน

2.3 นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

1. แบบวัดพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรค

จิตเภท ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับแหล่งพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ข้อความในแบบวัดประกอบด้วย การวัดการตอบสนองด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรมและด้านความคิด จำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อให้ค่าพลังอำนาจตั้งแต่ระดับ 1-5

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดด้วยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1951 cited in Aiken, 2003) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .77

2. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามที่ มยุรี กลับบงษ์ (2552) พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (1985) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 39 ข้อ มาปรับใช้ในการศึกษานี้ ในแต่ละข้อผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 1 ถึง 4 จากคำตอบ “ไม่เลย” ถึง “มากที่สุด”

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินด้วยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1951 cited in Aiken, 2003) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต และผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับทราบและเข้าใจกระบวนการทดลองทุกขั้นตอน ผู้ดูแลสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อการมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาถ้าต้องการในระหว่างการดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วด้านผู้ดูแล ผู้ป่วยและการบริการในปัจจุบัน ข้อเสนอแนะของผู้ดูแลจากการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกัน

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคำนวณหาค่าสถิติดังนี้

2.1 คุณสมบัติพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว วิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน นำมาแจกแจงในรูปความถี่ และค่าร้อยละ

2.2 ทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว โดยใช้สถิติ t-test dependent sample

2.3 ทดสอบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ t-test for independent sample

ผลการวิจัย

1. โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ในแต่ละหัวข้อ และวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.8-1.0 เนื้อหาโปรแกรมฉบับสมบูรณ์ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วนคือ การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว การสร้างเสริมพลังอำนาจให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วอย่างเหมาะสม และสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วโดยใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใช้วิธีการสอน สาธิตและ

ฝึกปฏิบัติ ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละส่วนประมาณ 60 นาที

2. การทดสอบผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 28.3 สถานภาพคู่ ร้อยละ 56.6 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับ ปวส/ ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 28.3 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือระหว่าง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 และร้อยละ 98.3 พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับน้อย เนื้อหาเสียงแว่วของผู้ป่วยเป็นเสียงคำหึงว่า และสั่งบอกหรือเสียงสั่ง คิดเป็นร้อยละ 31.7 เท่ากัน ส่วนใหญ่เกิดอาการหูแว่วนานๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 25 พฤติกรรมเมื่อเกิดอาการหูแว่วคือ หงุดหงิด ด่า ก้าวร้าว/ทำร้ายตนเอง คิดเป็นร้อยละ 38.3 และร้อยละ 50 ผู้ป่วยควบคุมตนเองไม่ได้เมื่อเกิดอาการหูแว่ว

2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตาราง 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)

พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	43.23	27.87	-12.03	29	0.00
หลังการทดลอง	91.76	18.38			

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า ภายหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$)

2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่าง พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการ หูแว่วของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตาม ปกติ

ตาราง 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะหลังการทดลอง ($n = 60$)

คะแนน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว	91.76	18.38	60.70	18.50	6.52	58	0.00

จากตาราง 2 จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษามาอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ได้ดำเนินการปรับปรุงเนื้อหาของโปรแกรม 3 ครั้ง จนกระทั่งโปรแกรมมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาความรู้ในแต่ละหัวข้อ และวัตถุประสงค์ 2 ครั้ง จนได้ค่า IOC ในแต่ละหัวข้อ อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 จัดอยู่

ในช่วงเกณฑ์ที่กำหนดว่าหัวข้อความรู้เนื้อหาที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ใน แต่ละหัวข้อ (สุวิมล ติรภานนท์, 2546) และจากการปรับปรุงโปรแกรมทั้ง 3 ครั้ง ทำให้เนื้อหาในโปรแกรมมีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยปรับกิจกรรมและเนื้อหาความรู้ที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล และจากการสังเกตขณะทำกิจกรรมผู้ดูแลกลุ่มทดลองให้ความสนใจทุกกิจกรรม มีความมุ่งมั่นในการเข้าร่วมกิจกรรม จนครบตามโปรแกรม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน และผู้วิจัยกับผู้ดูแล รวมถึงเนื้อหากิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตรงกับความต้องการของผู้ดูแล ดังนั้นโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วจึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้งานจริง

2. การทดสอบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว จากสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วของผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผลการทดสอบพบว่า ค่าคะแนนที่ประเมินได้หลังจากการทดลองสิ้นสุดเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วสูงขึ้น ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก เนื่องจากธรรมชาติเมื่อบุคคลได้เรียนรู้ถึงสาเหตุและผลที่เกิดขึ้นจากปัญหาในการดูแล จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและมีพลังหรือกำลังใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น ดังนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการหูแว่วของผู้ป่วย จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถใช้วิธีการจัดการกับอาการหูแว่วได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดอาการกำเริบรุนแรง และการที่ผู้ดูแลรู้จักวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง มีกำลังใจในการต่อสู้ปัญหา หรือช่วยลดความรุนแรงของปัญหาได้ เพราะการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลให้มีกลวิธีการจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นด้วย (สันติชัย นำจิตรชื่น, 2538 อ้างถึงใน นิตยา จรัสแสง, 2555; Gibson, 1995; สัมพันธ์ มณีรัตน์, 2552; Cohen & Wills, 1985; มยุรี กลั้ววงษ์, 2552) ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรม

มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดพันธสัญญาในการดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก และทำในสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย

3. ผลการทดสอบสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการทดสอบพบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ดูแลกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นทำให้ผู้ดูแลเกิดพลังอำนาจด้วยการพัฒนาศักยภาพด้านต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Gibson ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจจะทำให้บุคคลตระหนักในความสามารถของตนเอง ความมั่นใจและความมีคุณค่าในตนเอง จึงมีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ต้องเผชิญ ได้เรียนรู้ขั้นตอนของการแก้ปัญหา และประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหา (Varghese, et al. 2002) และสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคมรวมถึงครอบครัวในด้านต่าง ๆ ได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น (Cohen & Will, 1985) ต่างจากการดูแลตามปกติที่มุ่งให้ความรู้และการปรึกษาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยไม่เน้นการดูแลด้านการปรับตัวเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมั่นใจ นอกจากนี้วิธีการที่ปฏิบัติจะใช้การอธิบายเพียงอย่างเดียว ไม่ได้ใช้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ไม่ฝึกหรือสาธิตการปฏิบัติ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลขาด

ความมั่นใจในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว ดังนั้นการที่ผู้ดูแลได้เข้าร่วมโปรแกรมจึงทำให้พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จึงทำให้สามารถกล่าวได้ว่าผลการวิจัยที่พบตามที่กล่าวข้างต้น เกิดจากโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลศรีธัญญานำโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว บูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบการบริการผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่ว และประเมินผลการดูแลของผู้ดูแลด้วยแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเป็นปัจจุบันและต่อเนื่อง

2. ขยายผลการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วและทำการประเมินผลด้วยแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และติดตามผลการใช้อย่างต่อเนื่อง

3. สนับสนุนให้มีการทำวิจัยติดตามผลโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหูแว่วทุก 6 เดือน เพื่อประเมินผลโปรแกรมในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์สมหมาย หิรัญนุช ที่เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวิจัย

ขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญาที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

บุบผา ธนิกกุล และ เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ.

(2555). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2), 74-86.

นิตยา จรัสแสง. (2555). *วิกฤติทางอารมณ์*.

Retrieve from <http://www.gotoknow.org/home> สืบค้น เมื่อ 10 กันยายน 2555.

พลทิพย์ ปานแดง. (2547). *ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฝ่ายสารสนเทศ โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2555). *สถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา*. นนทบุรี: ศรีธัญญา.

มยุรี กลีบวงษ์. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

รุจโรจน์ แก้วอุไร. (2549). *หลักการออกแบบบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนตาม*

- แนวคิดของกาเย่. [online]. Available : www.thai.com/cai.html.
- สัมพันธ์ มณีรัตน์. (2552). ผลของการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการอาการหูแว่วต่อความสามารถในการจัดการอาการหูแว่วของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล ตีรภานันท์. (2546). การใช้สถิติในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Aiken & Lewis R. (2003). *Psychological testing and assessment*. (11th ed). Boston: Allyn and Bacon.
- Carter, D.M., Mackinnon, A., Copolov, D.L. (1996). Patient' strategies for coping with auditory hallucinations. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(3), 159-164.
- Cheng, F. & Greenberg, J S. (2004). The influence of social support on caregiving gains for family members of relatives with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 40(5), 423-435.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310 – 375.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.
- Given, B., Given, C. W., Sikorskii, A., Jeon, S. & Sherwood, P. (2006). The impact of providing symptom management assistance on caregiver reaction: results of a randomized trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(5), 433-443.
- McGuire, P. K., Silbersweig, D. A., Wright, I., Murray, R. M., Frackowiak, R. S. J. & Frith, C. D. (1996). The neural correlates of inner speech and auditory verbal imagery in schizophrenia: Relationship to auditory verbal hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 169, 148-159.
- Rossler, W., Salize, H. J., Van Os, J. & Riecher-Rossler, A. (2005) Size of burden of schizophrenia and psychotic disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 399-409.
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 175-198.
- Toseland, R.W. (2004). *Caregiver Education and Support Program: Best Practice Models*. San Francisco : Family Caregiver Alliance.
- UCSF Symptom Management Faculty Group. (1995). A Model For symptom management. *Image:The Journal of Nursing Scholarship*, 26, 272-276.
- Varghese, M., Shah, A. & Udaykumar, G. S., Murali, T. (2002). *Family Intervention and Support*. Retrieved from <http://www.nimhans.kar.nic.in/fpc/fiss02.pdf>. สืบค้นเมื่อ 24 กุมภาพันธ์ 2555.