บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท

อุลิศ สมบัติแก้ว* ปลดา เหมโลหะ**

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 20 คน ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเภท โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson[10] 2) แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทของ Chobnum[13] ซึ่งพัฒนาโดยใช้แนวคิดของ Gibson[10] หาค่าความเชื่อมั่นได้ เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ระดับคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล; ผู้ป่วยโรคจิตเภท; พฤติกรรมรุนแรง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี palada_h@yahoo.com

ความเป็นมาของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ มีการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และรุนแรง มีภาวะพึ่งพิงสูง[1] ในประเทศไทยพบว่า มีประชากร ร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตอื่นๆ มีอัตราการกำเริบป่วยซ้ำสูง ร้อยละ 70 และพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่เป็นมิตรและก้าวร้าวสูงกว่าประชากรทั่วไป 2-10 เท่า[2] และจากสถิติของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่า ในปี พ.ศ. 2554-2556 มีผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก ด้วยพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายสิ่งของ จำนวน 4,004 ราย 4,128 ราย และ 4,031 ราย ตามลำดับ[3]

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท เป็นอาการสำคัญที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ดูแลต้องนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ถึงร้อยละ 81.8[4] พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบโดยตรง ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ทำให้ได้รับอันตรายหรือเสียชีวิตได้ และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ผู้ดูแลอาจได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อย สุขภาพทรุดโทรม[5-6] 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ เบื่อหน่าย หวาดกลัว และจะเกิดความเครียดสูงสุดเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น มีการทำร้ายผู้อื่นและทำลายทรัพย์สิน[7] และ 3) ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ดูแลขาดความเป็นอิสระในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว เนื่องจากต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จนทำให้การมีสัมพันธภาพกับญาติพี่น้องและเพื่อนห่างเหินไป[8,6] จากผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลเกิดความคิดว่า ตนเองไม่มีความสามารถในการดูแลหรือจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด ท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดหวัง หมดกำลังใจ สูญเสียพลังอำนาจของตนเอง[9]

การที่ผู้ดูแลจะดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลจะต้องมีการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง ซึ่งพลังอำนาจของบุคคลเป็นคุณลักษณะสำคัญที่แสดงถึงความสามารถในการควบคุมและจัดการ หรือความสามารถที่มีอิทธิพลต่อบุคคลอื่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเขาได้ เมื่อบุคคลมีพลังอำนาจ จะทำให้มองเห็นความสามารถในตนเองเพิ่มขึ้น นั่นคือ การรับรู้พลังอำนาจในตนเอง[10] ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ 2) ด้านความพึงพอใจในความสามารถของตนในการจัดการกับอาการของโรค 3) ด้านการพัฒนาตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ และ 4) ด้านการมีเป้าหมายในชีวิต การที่บุคคลจะสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญ คือ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ค่านิยม ความเชื่อ ความตั้งใจ ประสบการณ์ และเป้าหมายในชีวิตของตน 2) ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อม และ 3) ปัจจัยด้านเวลา นอกจากนี้ แนวคิดของ Gibson[10] กล่าวว่า ปัจจัยนำที่สำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง คือ ภาวะความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้ง การมีปัญหาและอุปสรรค การมีความคาดหวัง และการขาดภาวะสมดุลของชีวิต ส่งผลให้บุคคลกระทำทุกวิถีทางเพื่อจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ประกอบกับความรัก ความผูกพัน ความทุ่มเทจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลเกิดพลังอำนาจ มีกำลังใจ สามารถที่จะจัดการกับปัญหาอุปสรรคให้ประสบผลสำเร็จ ดังนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการเพิ่มความสามารถและศักยภาพให้ผู้ดูแล มีวิธีการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงและการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีการศึกษาหลายเรื่องด้วยกัน เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม

ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมืองปาน จังหวัดลำปาง[11] พบว่า หลังจากพยาบาลให้การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลรับรู้และตระหนักถึงความสามารถแห่งตน เกิดความรู้สึกมั่นใจและสามารถตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสม และรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเองมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง[12] พบว่า การให้ผู้ดูแลสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับประเด็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา ช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง คิดว่าตนเองมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความเข้มแข็งและพลังอำนาจของตนเอง

นอกจากนี้ จากการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจและพลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช ในภาคใต้[13] พบว่า ค่าเฉลี่ยของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาความต้องการและความต้องการที่ได้รับจากพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี[14] พบว่า ความต้องของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง อยู่ในระดับมาก คือ ต้องการรู้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการสนับสนุนประคับประคอง ด้านการฝึกทักษะการดูแล และด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการ และผู้ดูแลสามารถใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one group pre-post test design)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และดูแลผู้ป่วยเป็นเวลามากกว่า 2 ปี และมารับบริการ ที่คลินิกจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพียงคนใดคนหนึ่งที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกจิตเภท โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2557 ถึงเดือนสิงหาคม 2557 โดยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลโดยตรงที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยไม่ได้รับผลตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัลใดๆ เป็นเวลามากกว่า 2 ปี 2) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ทั้งชายและหญิง 3) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี 4) ยินดีให้ความร่วมมือและสมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง และ 5) การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน โดยในแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน

หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม[15] แต่ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ที่จำเป็นต้องใช้การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มให้มากที่สุด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงความคิดเห็นและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมได้อย่างทั่วถึง และกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติ เพื่อความน่าเชื่อถือในการทำวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดย ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson[10] ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การค้นพบสภาพการณ์จริงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างความสามารถในการจัดการปัญหาโดยการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และกิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความมั่นใจและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

โปรแกรมได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) และโครงสร้าง (construct validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และทำงานมากกว่า 15 ปี 2 ท่าน หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ทดลองทำกิจกรรมกลุ่มละประมาณ 3-5 คนต่อกิจกรรมแต่ละครั้ง จนครบทั้ง 5 กิจกรรม หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงอีกครั้งตามปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้โปรแกรม

2. เครื่องมือวัดผล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยและแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทของ Chobnum[13] ซึ่งพัฒนาโดยใช้แนวคิดของ Gibson[10] นำไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีของ ครอนบาค แอลฟา (Cronbach's alpha reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงร่างงานวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย ที่คลินิกโรคจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การนำผลการวิจัยไปใช้ การรักษาความลับ สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้การยินยอมจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และดำเนินกิจกรรมกลุ่มจนได้ข้อมูลที่สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic analysis) และสถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 85.0 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 65 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 35 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 30 มีรายได้อยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 40 รับรู้ว่ามีรายได้พอใช้ ร้อยละ 35 รับรู้ว่ามีรายได้พอใช้เหลือเก็บ มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง คือ ร้อยละ 70.0 มีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วย

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 35 มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยนาน 1-5 ปี รองลงมา ร้อยละ 30 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 11-15 ปี ร้อยละ 50 มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 70 มีวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงโดยการพูดคุยให้ผู้ป่วยสงบ และจำนวนเดียวกันนี้ เคยได้รับความรู้ในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง โดย ร้อยละ 25 ของผู้ที่เคยได้รับความรู้จะได้รับความรู้ในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงจากพยาบาล รองลงมา ร้อยละ 15 ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลชุมชน จากญาติผู้ป่วย และอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 70 มีความรู้สึกกลัว และร้อยละ 60 รู้สึกไม่ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 45 รู้สึกท้อแท้ หมดหวังในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังมีผู้ดูแลผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่ง คือ ประมาณร้อยละ 10 ที่มีความรู้สึกเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังสามารถดูแลผู้ป่วยได้

3. ผลการเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ก่อนและหลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง พบว่า ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -15.67$, $p \leq 0.01$) (ตาราง 1)

ตาราง 1 การเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงก่อนและหลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง

การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล	N	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t
		M	SD	M	SD	
1. ด้านความสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง	20	12.15	4.05	24.35	2.47	-13.27**
2. ด้านความพึงพอใจในความสามารถของตนในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง	20	14.85	4.51	27.40	2.62	-13.92**
3. ด้านการพัฒนาตนเองในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง	20	13.50	3.37	19.70	1.75	-9.70**
4. ด้านการมีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิตตนเองเมื่อต้องเผชิญกับพฤติกรรมรุนแรง	20	12.85	3.70	19.75	1.33	-8.65**
รวม		**53.35**	**12.65**	**91.20**	**7.03**	**-15.67**

** $p \leq 0.01$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ระดับคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตาราง 1) ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานที่ตั้งไว้ อาจเป็นไปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจของตนเองในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลมีการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

ขั้นที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง เป็นขั้นตอนแรก ประกอบไปด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มกับผู้ดูแลผู้ป่วย และการสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาของ Thakad[16] พบว่า การใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับและไว้วางใจ การสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ มีพลัง เป็นแรงเสริมที่สำคัญในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีและมีความมั่นคงตลอดไป ดังที่ Miller[17] ได้กล่าวไว้ว่า แรงจูงใจ เป็นแหล่งของพลังอำนาจ ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลที่จะจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อบุคคลมีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจ จะทำให้การรับรู้พลังอำนาจดีขึ้น และในขั้นตอนนี้ ยังจะช่วยให้ผู้ดูแลยอมรับกับเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำให้เกิดการตอบสนองด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาการรับรู้ และพฤติกรรม และยังเป็นการสร้างความเข้าใจ ความรู้เกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมรุนแรง อาการ สาเหตุ การรักษาที่ได้รับ ตลอดจนอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 35 มีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยนาน 1-5 ปี และร้อยละ 30 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 11-15 ปี ทำให้ผู้ดูแลยอมรับ และเข้าใจกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่ง Gibson[10] กล่าวว่า ประสบการณ์ของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ รวมทั้ง ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาที่ได้จากการศึกษาข้อมูลหรือการอ่านจากเอกสารและตำรา ประสบการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อมทำให้ผู้ดูแลได้เข้าใจ เกิดการยอมรับ ช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการควบคุมเหตุการณ์ รวมถึง การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแล และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chobnum[13] พบว่า ผู้ดูแลมีประสบการณ์ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมานานกว่า 1 ปี ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการใช้ทักษะการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงได้ดี และมีการยอมรับในพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยมากขึ้น ดังเช่น คำกล่าวของผู้ดูแลจากการเข้าร่วมโปรแกรม “ให้คิดว่า มีความหวังที่ ผู้ป่วยจะหาย หรือดีขึ้น 80%” “ยอมรับผู้ป่วยให้ได้และพาผู้ป่วยมารักษา” “เข้าใจ ยอมรับ ไม่ตอกย้ำผู้ป่วย” “มีการพูดให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยจากคนรอบข้าง จากสังคม และบุคลากรสาธารณสุข” “การให้ข้อมูลแก่ผู้อื่นในการดูแลผู้ป่วย เพื่อการช่วยเหลือผู้อื่น”

ขั้นที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เมื่อผู้ดูแลสามารถค้นพบปัญหาตามสถานการณ์จริง จะส่งผลให้ผู้ดูแลได้พัฒนาตนเอง และกลับมามองปัญหา ประเมิน และคิดพินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมด ในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น กล่าวคือ การที่ผู้ดูแลมีความรู้หรือการได้รับข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทำให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบเป็นความคิดที่จะพยายามดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ซึ่งผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 25 ได้รับความรู้ในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงจากพยาบาลมากที่สุด จากการศึกษาของ Nuanchaloan,

Lueboonthavatchai[18] เชื่อว่า โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ รู้ถึงวิธีการที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วย ช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถและให้ความร่วมมือได้เป็นอย่างดี ส่วนผู้ดูแลเองได้มีการฝึกทักษะของตนเองในการทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพินิจพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

ขั้นที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม การที่ผู้ดูแลจะตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงที่คิดว่าดีและเหมาะสมที่สุด ซึ่งการตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้ คือ 1) เป็นวิธีช่วยผู้ป่วยได้ 2) สอดคล้องกับการดูแลที่ถูกต้องจากที่เคยได้รับคำแนะนำจากบุคคลากรสาธารสุข 3) ผู้ป่วยได้รับความเอาใจใส่และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม 4) ได้รับการยอมรับจากบุคลากรสาธารสุข และ 5) เป็นวิธีการที่สร้างการยอมรับและสามารถเปิดกว้างในการที่บุคคลอื่นจะนำไปใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ คือ ลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ร้อยละ 70 มีวิธีจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทด้วยการพูดคุยให้ผู้ป่วยสงบเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chobnum[13] พบว่า ผู้ดูแลจะมีวิธีการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทด้วยการพูดคุยให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลง แต่เมื่อให้การพูดคุยแล้วไม่ได้ผล ผู้ดูแลอาจลังเลถึงวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งการตัดสินใจดังกล่าวอาจเป็นวิธีช่วยผู้ป่วยได้ และอาจตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยบ้าง แต่ไม่มั่นใจว่าจะลดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้หรือไม่ แต่คิดว่าจะพยายามทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วย ดังการศึกษาของ Jaikampun[12] พบว่า ในขั้นตอนการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ผู้ดูแลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุดหลังจากได้คิดวิเคราะห์และพิจารณาวิธีปฏิบัติต่างๆ จากประสบการณ์เดิมของผู้ดูแล มีความตั้งใจและอยากมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยพยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการตัดสินใจในการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมมาปฏิบัติต่อไป และพยายามจะทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วย เช่น การนำปัญหาของผู้ป่วยมาปรึกษากับบุคลากรสาธารณสุขหรือในโรงพยาบาล หากได้รับการยอมรับ คำแนะนำ ก็จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น

ขั้นที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ดูแลนำวิธีที่เลือกใช้ไปจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ ผู้ดูแลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและคงไว้ซึ่งการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในครั้งต่อไป แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ดูแลได้จัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทแล้ว โดยการเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง และได้รับกำลังใจจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ก็จะทำให้คงไว้ ซึ่งการจัดการพฤติกรรมรุนแรงนั้นๆ อีก ซึ่งในการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ ได้ใช้กระบวนการกลุ่มเข้ามาช่วย ผู้ดูแลได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงที่ทำแล้วสำเร็จได้ผล สามารถจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในความดูแลได้ อีกทั้ง ยังมีการเสริมแรง ชื่นชม ให้กำลังใจจากผู้ดูแลด้วยกัน และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งการใช้กระบวนกลุ่ม เป็นการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือถูกทอดทิ้ง และรู้สึกตระหนักในคุณค่าของตนเอง ไม่รู้สึกถึงความแปลกแยกจากสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็ง มีพลังที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น จากการชื่นชมถึงวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงได้สำเร็จ ผู้ดูแลจะคงไว้ซึ่งวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงแบบเดิม

เมื่อผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 4 ขั้นตอน จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดพลังอำนาจในจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของผู้ดูแล จะทำให้ผู้ดูแลได้ทบทวนความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท เข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท เข้าใจอาการและอาการแสดง การรักษา รวมทั้ง การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจ

เกิดขึ้นได้ หรือสังเกตอาการนำของการกลับเป็นซ้ำได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการตระหนักรู้ในตนเอง ยอมรับกับพฤติกรรมรุนแรงและยอมรับที่จะเป็นผู้จัดการพฤติกรรมรุนแรง และมีการเรียนรู้ถึงการปฏิบัติที่จะจัดการพฤติกรรมรุนแรงจากประสบการณ์เดิมที่เคยดูแลผู้ป่วยผสมผสานกับความรู้ใหม่ๆ ที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล หรือจากผู้มีประสบการณ์เพื่อให้ได้แนวทางสำหรับการจัดการพฤติกรรมรุนแรงและควบคุมสถานการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น และพยายามที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตนเองในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงโดยการแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยจากบุคลากรสาธารณสุข หรือจากผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายๆ กัน และเมื่อผู้ดูแลนำวิธีที่เลือกใช้ไปจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ ผู้ดูแลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ และคงไว้ซึ่งการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในครั้งต่อไป

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงสูงขึ้นภายหลังจากการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง และพบว่าด้านความพึงพอใจในความสามารถของตนจะมีคะแนนสูงขึ้นมากที่สุด ($t = -13.918$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลต้องเผชิญกับการจัดการพฤติกรรมรุนแรงไม่ว่าจะสำเร็จหรือไม่ แต่หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงมา (ตาราง 1) และพึงพอใจกับการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้น ซึ่ง ร้อยละ 70 ใช้วิธีการพูดคุยให้ผู้ป่วยสงบ รองลง ร้อยละ 35 ให้ยารับประทาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sakda[19] ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น ผู้ดูแลจะให้ยารักษาอาการทางจิตกิน เพื่อให้ผู้ป่วยสงบลง ซึ่งเป็นการแก้ไขพฤติกรรมเหล่านี้ให้เป็นปกติโดยเร็วที่สุด เพราะการให้ยาจัดเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ สะดวกกว่าการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ และช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงได้ และการที่ผู้ดูแลใช้ความสามารถของตนจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง ถึงแม้จะสำเร็จหรือไม่ก็ตาม แต่ผู้ดูแลคิดว่าเป็นผลดีกับผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลอาจใช้ประสบการณ์เดิมผสมผสานกับความรู้ที่ได้รับจากพยาบาล (ร้อยละ 25) นำมาจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทด้วยความตั้งใจ และพยายามจะทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Thakad[16] พบว่า ผู้ดูแลพึงพอใจในตนเอง เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและมีความมั่นใจที่จะเลือกปฏิบัติสิ่งที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง จึงเป็นเหตุผลที่สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจในด้านความพึงพอใจในความสามารถของตนในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทพยาบาลจำเป็นต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม มีทักษะในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้เป็นอย่างดี และปรับรูปแบบการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสมกับความต้องการและศักยภาพของผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ควรส่งเสริมให้บุคลากรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท บูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง รวมถึงขยายผลการใช้โปรแกรม และทำการประเมินผลการใช้โปรแกรม เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเป็นปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. ควรมีการทำวิจัยติดตามผลโปรแกรมในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีหลังการทดลอง เพื่อดูความคงอยู่ของพฤติกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์จุมภฏ พรมสีดา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ นางศิริพร วีระเกียรติ์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลที่ให้การสนับสนุน ให้คำแนะนำปรึกษา ให้ข้อคิดเห็นและแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย รวมทั้ง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบคุณภาพอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการวิจัยให้ถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้น รวมทั้ง เพื่อนและผู้ร่วมงานทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ให้กำลังใจและมีส่วนช่วยเหลือจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Srisurapanont M, Disayavanish C, editors. Textbook of psychiatry. Chiang Mai: Department of Psychiatry, Chiang Mai University; 1999. Thai.
2. Udomrat P, Vasiknanonte S, editors. Textbook of schizophrenia. Songkhla: Chanmung printing; 2009. Thai.
3. Suansaranrom Hospital. Annual report 2013. Surattani: The Registration of Suansaranrom Hospital; 2013.
4. Rossi AM, Jacobs M, Monteleone MO, et al. Characteristics of psychotic patiens who engage in assaultive or other fear inducing behavoior. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1986; 174(4): 154-60.
5. Prombutr N. Mental health of caregivers with schizophrenia [Thesis]. [Chiang Mai]: Chiang Mai University; 2002. 57 p.
6. Sariga E. Stress and coping strategies of caregivers of schizophrenia patients [Thesis]. [Bangkok]: Mahidol University; 2000. 86 p.
7. Buphasung T. The burden and the ability to take care of the caregiver with the relapse of schizophrenia patients [Thesis]. [Chiang Mai]: Chiang Mai University; 2002. 64 p.
8. Department of Mental Health. Report of the Department of Mental Health 2003. Nonthaburi: Department of Mental Health, The Ministry of Health; 2004.
9. Parker BA. Living with mental illness: the family as caregiver. Journal of Psychosocial Nursing, 1993; 31(3): 19-21.
10. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing. 1995; 21(6): 1201-10.

11. Jaima T. Effect of the group empowerment program on caring capabilities among caregivers of persons with schizophrenia who had received service at out patient unit Muang Pan hospital, Lampang province [Thesis]. [Chiang Mai]: Chiang Mai University; 2007. 72 p.
12. Jaikampun W. Effect of the group empowerment program on self-efficacy among caregivers in caring persons with schizophrenia who had recelved service at out-patient unit, Suan Prung Psychiatric hospital, Chiang Mai province [Thesis]. [Chiang Mai]: Chiang Mai University; 2007. 87 p.
13. Chobnum K. Empowerment and power of caregivers in managing violent behaviors of Schizophrenia patiants [Thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2012. 127 p.
14. Supakul C. Need and received needs from nurses perceived by caregivers of psychiatric patients with violent behaviors admitted to Suansaranrom hospital, Suratthani province [Thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2009. 76 p.
15. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization. 4 th ed. Newyork: W.B. Saunder; 2001.
16. Thakad A. Empowerment of caregivers of schizophrenia persons admitted to mental clinic of Mae Tha hospital, Lamphun province [Thesis]. [Chiang Mai]: Chiang Mai University; 2005. 107 p.
17. Miller JF. Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness. 2 nd ed. Philadelphia: F.A. Davis company; 1992.
18. Nuanchaloan S, Lueboonthavatchai O. The effect of promoting perceived self–efficacy program on dependent care agency among caregivers of Schizophrenia patients. The journal of psychiatric nursing and mental health. 2010; 25:(2), 117-29. Thai.
19 Sakda R. Caregivers' management for violent behaviors of psychiatric patients [Thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2008. 70 p.

Effects of Caregiver,s Empowerment Program in Managing Violent Behaviors of Schizophrenia Patients

Ulis Sombatkaew* Palada Hamloha**

Abstract

Violence in schizophrenia patients symbolizes mental health problems that effect patients and caregivers. This quasi-experimental research aimed to compare the perceived empowerment of caregivers in managing violent behaviors of schizophrenia patients before and after participatingthe empowerment program. Purposive sampling was used to select 20 caregivers of schizophrenia patients with violent behaviors who were accompanied patients to Schizophrenia Clinic at Suansaranrom Hospital. The research instruments consisted of 1) the caregiver's empowerment program in managing violent behavior of schizophrenia patients that was developed by the researcher based on Gibson's empowerment concept[10] and 2) the perceived empowerment of caregiver questionnaires in managing violent behavior of schizophrenia patients that was developed by Kunnika based on Gibson concepts[13] The reliability was 0.92. The data was analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results found that the scores of the perceived empowerment of caregivers in managing violent behavior of schizophrenia patients after the experiment was higher than before the experiment significantly at the level 0.01.

This study suggests that caregivers should be receiving empowerment continuously. It can help them to manage violence of schizophrenia patients effectively and also help the patients live in society happily.

Keywords: caregiver's empowerment program; caregiver of schizophrenia patients; violent

* Profesional Nurse of Suansaramrom Hospital, Surat thani, Thailand.

** Registered Nurse of Suansaramrom Hospital, Surat thani, Thailand. palada_h@yahoo.com