

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

สายฝน เมืองใจ*, ศรีธัญญา ใจแก้ว*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เปรียบเทียบการดูแลโดยรวม การดูแลเชิงอัตนัย และการดูแลเชิงปรนัย

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่มีอาการหลงเหลือ จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลฝาง ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ระยะเวลา 3 สัปดาห์ และแบบวัดการดูแล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบใช้สถิติ Paired sample T-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลโดยรวม การดูแลเชิงอัตนัย และการดูแลเชิงปรนัย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X}=85.35$ หลังการทดลองพบคะแนนการดูแลโดยรวมในระดับน้อย $\bar{X}=47.40$ อีกทั้งก่อนการทดลองพบคะแนนการดูแลเชิงอัตนัยอยู่ในระดับมาก $\bar{X}=40.85$ หลังการทดลองพบคะแนนการดูแลเชิงอัตนัยอยู่ในระดับน้อย $\bar{X}=26.50$ ส่วนคะแนนการดูแลเชิงปรนัยก่อนการทดลองพบว่าอยู่ในระดับมาก $\bar{X}=44.50$ และหลังการทดลองคะแนนการดูแลเชิงปรนัยอยู่ในระดับน้อยที่สุด $\bar{X}=20.90$ สรุปได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ จึงควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลไปศึกษาวิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มอื่นเพิ่มเติม

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท การดูแลเชิงอัตนัย การดูแลเชิงปรนัย

* โรงพยาบาลฝาง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

Corresponding Author: Saifhon Muangjai E-mail: saifhonanoc@gmail.com

Received: 11 May 2024 Revised: 28 June 2024 Accepted: 5 July 2024

Effect of Empowerment Program on Caregiver Burden for Caregivers of Schizophrenia Patients, Fang Hospital, Chiang Mai Province

Saifhon Muangjai^{*}, Sarunya Jaikaew^{*}

ABSTRACT

This study is quasi-experimental research using a one-group pretest-posttest design to investigate the effect of an empowerment program on the caregiving burden for caregivers of patients with schizophrenia. The overall caregiving burden, subjective caregiving burden, and objective caregiving burden were compared.

The sample consisted of 20 caregivers of patients with schizophrenia who had residual symptoms. The tools used in the research included an empowerment program to alleviate the caregiving burden for caregivers of patients with schizophrenia at Fang Hospital, comprising six activities over a period of three weeks, and a caregiving burden measurement scale. Data were collected using pretest and posttest questionnaires and analyzed using descriptive statistics and paired samples t-test.

The results indicated that after the intervention, the scores for overall caregiving burden, subjective caregiving burden, and objective caregiving burden significantly decreased at the 0.05 level. Before the intervention, the sample had an overall caregiving burden score at a high level (mean=85.35), which decreased to a low level (mean=47.40) after the intervention. The subjective caregiving burden score was high (mean=40.85) before the intervention and decreased to a low level (mean=26.50) after the intervention. The objective caregiving burden score was high (mean=44.50) before the intervention and decreased to the lowest level (mean=20.90) after the intervention. In conclusion, the empowerment program for caregivers of patients with schizophrenia effectively reduced the caregiving burden. Therefore, it is recommended that the empowerment program be further studied with other groups of caregivers of patients with schizophrenia.

Keywords: Empowerment Program, Caregivers, Schizophrenia Patients, Subjective burden, Objective burden

* Fang Hospital, Fang District, Chiangmai Province

Corresponding Author: Saifhon Muangjai E-mail: saifhonanoc@gmail.com

Received: 11 May 2024 Revised: 28 June 2024 Accepted: 5 July 2024

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุดและเป็นปัญหาสำคัญของโรคทางจิตเวชอาการของโรคจิตเภทแสดงออกมาได้ 2 รูปแบบ คือ อาการทางบวก เป็นอาการที่มีมากกว่าคนปกติทั่วไป ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติของคำพูด การรับรู้ และพฤติกรรม อาการทางลบ เป็นอาการที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนทั่วไป ได้แก่ พุดน้อย แยกตัว อารมณ์เฉยเมย เฉื่อยชา ไม่สนใจโลกภายนอก การเข้าสังคมลดลง ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมรวมถึงการดูแลตนเอง¹⁻² โรคจิตเภทเป็นหนึ่งในโรคจิตเรื้อรังที่มีอัตราการเกิดโรคสูงสุดในบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด มีความรุนแรงที่ก่อให้เกิดความพิการหรือการสูญเสียสุขภาพเป็นอันดับสูงสุด มีโอกาสหายขาดน้อยและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงหากระยะเวลาป่วยนาน³ จากลักษณะดังกล่าวส่งผลให้มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมทั้งมีปัญหาในการตัดสินใจและต้องพึ่งพิงผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การทำงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่นและสังคมแอ่ง⁴⁻⁵ การกำเริบของโรคทางจิตเวชเกิดขึ้นบ่อยที่สุดจากการขาดยา ซึ่งผู้ป่วยมักไม่ยอมกินยาเนื่องจากผลข้างเคียงของยา หรือเข้าใจผิดคิดว่าอาการดีขึ้นจึงหยุดยาเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ และสมรรถนะทางสังคมเสื่อมไป ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่นอกเหนือจากบทบาทเดิมที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ⁶

แนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันมุ่งเน้นให้อาการทุเลาลงและกลับสู่ชุมชนโดยเร็ว โดยญาติและผู้ดูแลมีส่วนร่วมสำคัญในการดูแลผู้ป่วย^{1,7-8} การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลก็ต่อเมื่อมีอาการกำเริบมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือ

ก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีผลข้างเคียงจากยา มีปัญหาในการวินิจฉัย เป็นต้น ซึ่งในระยะยาวส่วนใหญ่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบซ้ำ กระบวนการบำบัดทางจิตสังคม การให้คำแนะนำแก่ครอบครัวและผู้ดูแลให้เข้าใจและมีความรู้ในการดูแล การทำกลุ่มบำบัด เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ ยังเป็นส่วนสำคัญของการรักษาให้ผู้ดูแลเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่ออยู่ในสังคม² ผู้ป่วยจิตเภทก็จะได้รับการจำหน่ายและผลักดันให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ขณะที่อาจยังมียาอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และยังไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพให้กลับมาดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติดังเดิม โดยยังมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ได้แก่ ไม่ยอมอาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า สุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี และผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 80 กลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัว⁹ สมาชิกในครอบครัวต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก¹⁰ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ และสามารถดูแลตนเองได้เพียงบางส่วน การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงเป็นภาระการดูแลที่ผู้ดูแลในครอบครัวหลีกเลี่ยงไม่ได้

ภาระการดูแล (Caregiver burden) หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกแสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแล โดยแบ่งออกเป็น 2 มิติ ได้แก่ ภาระการดูแลเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความคิดทัศนคติประสบการณ์ทางอารมณ์ด้านลบ เช่น เครียด โกรธ รู้สึกผิด ซึมเศร้า และ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ความรู้สึกกดดัน ทำให้หนักใจและถือเป็นภาระ¹⁰ การรับรู้ภาระส่งผลกระทบกับการ

ใช้เวลาในการทำงานและทำกิจกรรมส่วนตัว การเข้าสังคมและความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมทั้งการเกิดปัญหาสุขภาพตามมา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระ ได้แก่ ผู้ดูแลเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น เคยถูกผู้ป่วยพูดจาหยาบคาย หรือทำร้ายร่างกาย เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว รู้สึกว่าเป็นภาระมากกว่า 4.8 เท่า และผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่เป็นประจำส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ มากถึง 5.0 เท่า¹¹

Gibson¹² กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจหรือการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนและมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการแสดงถึงการยอมรับและชื่นชมและเสริมสร้างพลังความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเอง และแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ช่วยให้รู้จักตนเองได้ดีขึ้น ช่วยพัฒนาความร่วมมือ ความเชื่อมั่น เพิ่มศักยภาพให้บุคคลเกิดความรู้สึกที่ดี มีความมั่นใจในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีพลัง สามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบการศึกษาของ สรินดา น้อยสุข และพิมพ์พิมล เรื่องฤทธิ์¹³ ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถลดภาระการดูแลได้

จากข้อมูลสถิติผู้มารับบริการคลินิกให้คำปรึกษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฝาง ในปี พ.ศ. 2564–2566 พบว่ามีผู้รับบริการกลุ่มโรคจิตเวชผู้ใหญ่จำนวน 4,043, 4,228 และ 4,160 ราย

ตามลำดับ และพบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 503, 539 และ 577 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.44, 12.75 และ 13.87 ของกลุ่มโรคจิตเวชผู้ใหญ่ อีกทั้งยังเป็นกลุ่มโรคที่มีจำนวนมากเป็นอันดับ 3 รองจากกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ และกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตามลำดับ¹⁴ ข้อมูลดังกล่าวนี้สามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทตามระยะการดำเนินโรคเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มระยะเริ่มมีอาการ กลุ่มระยะอาการกำเริบ และกลุ่มระยะอาการหลงเหลือ¹ จากสถิติผู้รับบริการปี พ.ศ. 2566 ดังกล่าว สามารถจำแนกผู้ป่วยโรคจิตเภทในเขตอำเภอฝางที่ไม่มีอาการทางจิตอื่นร่วมมีจำนวน 225 ราย และแบ่งตามระยะการดำเนินโรคได้เป็น กลุ่มระยะเริ่มมีอาการ จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.78 กลุ่มระยะอาการกำเริบ จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.33 และกลุ่มระยะอาการหลงเหลือ จำนวน 173 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.89¹⁴ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหลงเหลือเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ในเขตอำเภอฝาง

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพและเป็นหัวหน้างานคลินิกให้คำปรึกษา มีบทบาทในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษา อีกทั้งส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องที่บ้าน จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ได้รับรู้ถึงภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความเครียด ความทุกข์ใจ และความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมและปัจจัยต่างๆ ที่เกิดจากผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ตลอดชีวิต อีกทั้งประสบการณ์ในการรับมือกับปัญหาของผู้ดูแล ที่ส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ทำให้มีผลกระทบต่อ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และยังส่งผลกระทบต่อการศึกษา อาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้พลังอำนาจแห่งตน และลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลโดยรวม ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย และภาวะการดูแลเชิงปรนัย ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง
 - กิจกรรมที่ 1 เปิดใจเรียนรู้และสร้างสัมพันธ์
2. การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ
 - กิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึก
 - กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างพลังในการดูแล
3. การตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ
 - กิจกรรมที่ 4 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ
 - กิจกรรมที่ 6 การประเมินผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาและสรุปกิจกรรมกลุ่ม

ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. ภาวะการดูแลโดยรวม
2. ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย
3. ภาวะการดูแลเชิงปรนัย

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการดูแลโดยรวมคะแนน ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย และคะแนนภาวะการดูแลเชิงปรนัย ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹² ดัดแปลงและแก้ไขเพิ่มเติมจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ สรินดา น้อยสุข และ พิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์¹³ ซึ่งภาวะการดูแลเป็นความรู้สึกด้านลบมี 2 มิติ ได้แก่ 1) ภาวะการดูแลเชิงอัตนัยเป็นความรู้สึกด้านลบของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย และ 2) ภาวะการดูแลเชิงปรนัย เป็นความรู้สึกและการรับรู้ด้านลบของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย¹⁰ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one-group pretest-posttest design) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองระหว่างวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึง 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่มีอาการหลงเหลือ ที่รับบริการรักษาที่คลินิกให้คำปรึกษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่มีอาการหลงเหลือ ที่รับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ได้รับการประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.7 กำหนดสฤกการทดสอบเป็น t test สถิติทดสอบคือผลต่างของค่าเฉลี่ยสองกลุ่มไม่อิสระ ค่าขนาดอิทธิพล ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่คล้ายคลึงกับการวิจัย ที่ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁵ กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 ค่าความเชื่อมั่นที่ความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 เท่ากับ 0.05 กำหนดค่าความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (Correlation between group) เท่ากับ 0.6¹⁶ จะได้จำนวนขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 16 คน ปรับเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 19 คน ผู้วิจัยจึงปรับจำนวนขนาดตัวอย่างเพื่อความเหมาะสมเป็น 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่มีอาการหลงเหลือ มีอายุ 18-60 ปี
- 2) เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งอาศัยอยู่กับผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือโดยตรงกับการดูแลและการกระตุ้นการใช้ชีวิตประจำวัน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนในการดูแล
- 3) เป็นผู้มิถุมีลำเนาอยู่ในอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่
- 4) ได้รับการประเมินภาระของผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด
- 5) ไม่มีความพิการทางการพูด การสื่อสาร และการได้ยิน
- 6) ยินดีให้ความร่วมมือและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนสมบูรณ์
- 2) ไม่สามารถสนทนาให้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์
- 3) ขอยกจากการวิจัยในระหว่างการทำวิจัย
- 4) มีอาการป่วยทางจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วนเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด การประกอบอาชีพ รายได้ ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ดูแลและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย โรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย การมีผู้ดูแลร่วม ความถี่ในการพา

ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล ประวัติ
ประสบการณ์ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย
เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด
การประกอบอาชีพ รายได้ ความร่วมมือในการดูแล
ระดับความยากง่ายในการดูแล การสูบบุหรี่ การดื่ม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาการผู้ป่วยในปัจจุบัน
ส่วนที่ 4 แบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
เป็นแบบวัดภาวะการดูแลที่พัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ
และ จินตนา ยูนิพันธุ์¹⁷ ที่ดัดแปลงและแปลเป็นฉบับ
ภาษาไทยมาจากแบบวัดภาวะการดูแลของ
Montgomery และคณะ¹⁰ ซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตให้
เครื่องมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) ภาวะการดูแล
เชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการ
ตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อ
คำถามจำนวน 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางลบทั้งหมด
2) ภาวะเชิงปรนัยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการ
เปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็น
ส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมทาง
สังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิด
ปัญหาสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่ง
เป็นข้อความทางลบทั้งหมด มีลักษณะคำตอบเป็น
แบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อย
ที่สุดถึงมากที่สุด สำหรับการวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยทำ
โดยให้ผู้ดูแลตอบข้อความในแต่ละข้อว่าตนเองมี
ประสบการณ์ ความรู้สึก และความนึกคิดที่เกิดจากการ
ดูแลผู้ป่วยว่าอย่างน้อยเพียงใด คำถามแต่ละข้อจะตรง
กับความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยมาก
น้อยเพียงใด

2.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการ
เสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัย
ได้ดัดแปลงมาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่
สรินดา น้อยสุข และ พิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์¹³ พัฒนาขึ้น
ตามแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ
Gibson¹² 4 ขั้นตอน ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงและแก้ไข
เพิ่มเติมให้เหมาะสมกับบริบท เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมี
ปฏิสัมพันธ์และได้เรียนรู้อย่างต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น
ประกอบด้วย 3 ระยะ 6 กิจกรรม ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริงและการสะท้อน
ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ

กิจกรรมที่ 1 เปิดใจเรียนรู้และสร้างสัมพันธ์
(ระยะเวลา 60-90 นาที) เป็นกิจกรรมของการมาพบ
เจอกันครั้งแรก เพื่อให้ได้ทำความรู้จักกันสร้าง
สัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจกันในกลุ่ม
ตระหนักถึงความสำคัญในการทำกิจกรรม เกิดความ
ร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และ
ความรู้สึก (ระยะเวลา 60-90 นาที) โดยการแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วย
จิตเภท เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ระบาย
ความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท
อภิปรายถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งทางด้าน
ร่างกาย และจิตใจ

ระยะที่ 2 การตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมและลง
มือปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างพลังในการดูแล
(ระยะเวลา 60-90 นาที) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการ
สะท้อนความคิดและสถานการณ์ เป็นการแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ ข้อมูล และระบายความรู้สึกที่มีต่อตนเอง
และผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง
ของผู้ดูแลเป็นระยะของการพัฒนาพลังอำนาจในตัว
บุคคล

กิจกรรมที่ 4 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ระยะเวลา 60-90 นาที) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเน้นการนำไปปฏิบัติ เป็นการสนับสนุนให้ผู้ดูแลตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยและกำหนดแผนการดูแลร่วมกัน รวมถึงการนำไปปฏิบัติจริง มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายจากภาวะเครียด มีความมั่นใจในการตัดสินใจ รู้สึกมีพลังในการปฏิบัติ มีความสุขและความพึงพอใจ มีความรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และการที่ได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม

ระยะที่ 3 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ระยะเวลา 60-90 นาที) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการสร้างความมุ่งมั่นในการดูแล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ หากพบปัญหาในการปฏิบัติตามวิธีที่เลือกแล้ว ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มจะร่วมมือกันแก้ไขปัญหา และเมื่อการปฏิบัติตามวิธีที่เลือกนั้นประสบความสำเร็จ จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลจะมีความรู้สึกมั่นใจ มีพลัง มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมปฏิบัติ และสามารถนำวิธีการแก้ปัญหานั้นไปใช้ในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 6 การประเมินผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาและการสรุปกิจกรรมกลุ่ม (ระยะเวลา 60-90 นาที) การสรุปกิจกรรมกลุ่มเป็นระยะสุดท้ายของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เพื่อสรุปผลจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด และให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการคงไว้ซึ่งความเชื่อมั่น และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป และสิ้นสุดกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และ พยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 5 ปี 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามกับจุดประสงค์ (The index of item objective congruence [IOC]) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.96

2. แบบวัดภาระการดูแลที่ใช้ในการศึกษานี้คือแบบวัดภาระการดูแลที่พัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ และ จินตนา ยูนิพันธุ์¹⁷ ซึ่งดัดแปลงและแปลเป็นฉบับภาษาไทยจากแบบวัดภาระการดูแลของ Montgomery และคณะ¹⁰ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ 0.94 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) และทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมของเครื่องมือเท่ากับ 0.93

3. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงและแก้ไขเพิ่มเติมจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ สรินดา น้อยสุข และ พิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์¹³ ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสมของ

เนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 5 ปี 1 ท่าน เพื่อให้ความเห็น ข้อเสนอแนะ และข้อควรปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

วิธีรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้เกี่ยวข้องในการวิจัย บุคลากรคลินิกให้คำปรึกษา แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้อง สถานที่เครื่องมือวิจัย วันและเวลาจัดกิจกรรมกลุ่ม ระยะเวลาที่ใช้ต่อครั้งที่เริ่มและสิ้นสุดกิจกรรมการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 กิจกรรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง แต่ละครั้งมี 2 กิจกรรม ใช้เวลา 60-90 นาทีต่อกิจกรรม แจกแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง โดยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง กรณีกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากมีปัญหาในการอ่าน ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้ค่าสถิติเป็นร้อยละ (Percentage) ค่าความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติเชิงอนุมาน (Inference Statistics) ใช้สถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบทดสอบ Paired sample T-test

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล

ฝางหมายเลขการรับรอง เลขที่ COA No.21/2567 ลงวันที่ 22 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 45.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.00 มีระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45.00 มีรายได้/ เดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 65.00 มีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ร้อยละ 45.00 และมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทโดยเป็นพี่น้อง ร้อยละ 40.00

2. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.00 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 30.00 มีอายุเฉลี่ย 46 ปี ($\bar{X}=46.85$, $SD=14.50$) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.00 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 55.00 มีระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 ว่างาน ร้อยละ 55.00 มีระดับความยากง่ายในการดูแลปานกลาง ร้อยละ 70.00 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 70.00 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 100.00 และมีอาการในปัจจุบันคงที่ ร้อยละ 60.00

3. การศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลโดยรวม การดูแลเชิงอัตนัย และการดูแลเชิงปรนัย พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลโดยรวมระดับมาก $\bar{X}=85.35$ คะแนนเฉลี่ยการดูแลเชิงอัตนัยระดับมาก $\bar{X}=40.85$ และมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลเชิงปรนัยระดับมาก $\bar{X}=44.50$ หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมี

คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวมระดับน้อย $\bar{X}=47.40$ คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงอัตนัยน้อย $\bar{X}=26.50$ และมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงปรนัยระดับน้อยที่สุด $\bar{X}=20.90$ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวม คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงอัตนัย และคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงปรนัย

ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวม คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงอัตนัย และคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงปรนัย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1, 2, และ 3

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวม ภาระการดูแลเชิงอัตนัย และภาระการดูแลเชิงปรนัย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ (n=20)

ภาระการดูแล	คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล		t	P-value
	$\bar{X}$	SD		
ภาระการดูแลโดยรวม				
ก่อนการทดลอง	85.35	7.97	18.24	< 0.05
หลังการทดลอง	47.40	8.02		
ภาระการดูแลเชิงอัตนัย				
ก่อนการทดลอง	40.85	5.51	12.50	< 0.05
หลังการทดลอง	26.50	4.67		
ภาระการดูแลเชิงปรนัย				
ก่อนการทดลอง	44.50	4.16	16.72	< 0.05
หลังการทดลอง	20.90	5.57		

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนการดูแลโดยรวม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ (n=20)

ระดับการดูแล	คะแนน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	98-120	5	25.00	-	-
มาก	84-97	10	50.00	-	-
ปานกลาง	60-83	5	25.00	2	10.00
น้อย	36-59	-	-	17	85.00
น้อยที่สุด	24-35	-	-	1	5.00

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนการเชิงอัตนัย และคะแนนการเชิงปรนัย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ระดับการดูแล	คะแนน	การเชิงอัตนัย (n=20)				การเชิงปรนัย (n=20)			
		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	50.44-60.00	2	10.00	-	-	2	10.00	-	-
มาก	40.83-50.43	9	45.00	-	-	15	75.00	-	-
ปานกลาง	31.22-40.82	9	45.00	3	15.00	3	15.00	1	5.00
น้อย	21.61-31.21	-	-	14	70.00	-	-	8	40.00
น้อยที่สุด	12.00-21.60	-	-	3	15.00	-	-	11	55.00

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ อภิปรายผลการศึกษาวิจัยให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัย ได้ดังต่อไปนี้
สมมติฐานการวิจัย ค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลโดยรวม คะแนนการดูแลเชิงอัตนัย และคะแนน

การดูแลเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจากการศึกษาวิจัยนี้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลโดยรวมการดูแลเชิงอัตนัย และการดูแลเชิงปรนัยหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

อธิบายได้ว่า การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทั้งการให้และการรับ มีทั้งการแลกเปลี่ยนและมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้และมีประสบการณ์ ในการค้นพบสภาพการณ์จริงเกี่ยวกับโรคจิตเภทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภท ทำให้รับรู้ เข้าใจ และมีการยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตน การฝึกทักษะในการทำความเข้าใจและแก้ไขสถานการณ์อย่างมีวิจารณญาณ ทำให้เกิดมุมมองใหม่ เปลี่ยนแปลงความคิดความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นความรู้สึกทางบวก ลดความรู้สึกถึงการเผชิญปัญหาเพียงลำพัง มีการพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหาการดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง มีความสามารถมีการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม มีทักษะในการจัดการกับอาการทางจิตได้ดีขึ้น ผู้ดูแลจะมีพลังอำนาจรับรู้ถึงความสามารถของตนในการควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกมั่นใจที่จะรับมือ กับปัญหาได้ดีขึ้นและสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้¹² ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีความหวัง มีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจในการดูแลและเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกต่อภาระการดูแลที่ไม่สิ้นสุดว่าเป็นเรื่องที่ยั่งยืน สบายใจ ผ่อนคลายมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาระการดูแลลดลง¹ จากการศึกษาของ สรินดา น้อยสุข และ พิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์ ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.001¹³ เช่นเดียวกับการศึกษาของ วันเพ็ญ เชษฐตานนท์ ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลทั้งในภาพรวมและรายด้าน คือ เชิงอัตวิสัย และเชิงจิตพิสัย น้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁵ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล เกิดความรู้สึกที่ดี มีความสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี พัฒนาสมรรถนะเชิงความรู้ ความคิด ความเข้าใจ และการรู้จักตนเอง ยอมรับความจริง ควบคุมตนเองได้ มีความมั่นใจและพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเองได้เหมาะสม¹²

สรุปได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ส่งผลให้ภาระการดูแลโดยรวม ภาระการดูแลเชิงอัตนัย และภาระการดูแลเชิงปรนัย ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการเสริมสร้างพลังอำนาจยังทำให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด พัฒนาความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในทางลบเป็นความรู้สึกที่ดีทางบวก ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งยังเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลอีกด้วย สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยส่งเสริมการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่เหมาะสม และควรมีการนำไปศึกษาวิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มอื่นเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นพ.วิชญ์ สิริโรจน์พร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง คุณแสงอาทิตย์ วิชัยยา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลฝาง อาจารย์รศ.ดร.รัตนาดี ขอนตะวัน อาจารย์ที่ปรึกษาการทำวิจัยในครั้งนี้ พญ.จันทนา จงพิพันธ์ อาจารย์มณีนีรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์ และ คุณวณันญา เมฆฉาย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่คลินิกให้คำปรึกษา และบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลฝาง ที่ให้ความกรุณาและความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่าน ที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัย จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการฝึกอบรมให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะในการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. พยาบาลวิชาชีพควรมีการประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำไปวางแผนการดูแลและให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในการลดการรับรู้ภาระที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ศักยภาพและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย
3. ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลไปศึกษาวิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มระยะเริ่มมีอาการและกลุ่มระยะอาการกำเริบเพิ่มเติมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. พิชามณย์ อินทพัฒน์. การดูแลญาติผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท: ความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2564.

2. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, บรรณธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.

3. ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ. การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท: Nursing Care for Persons with Schizophrenia. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.

4. ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกสรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, อติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง. การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. นครปฐม: ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.

5. สุนทรีภรณ์ ทองไสย. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการพยาบาล. 2558; 42(3): 159-168.

6. พิเชฐ อุดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกนันทน์. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 2552.

7. มันทนา กิตติพิรัช, ปัทมา ศิริเวช, บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์, วีร์ เมฆวิไลย์, บรรณธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพฉบับแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

8. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโตรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุริภรณ์ เสี่ยงล้ำ, วีร์ เมฆวิไลย์, บรรณธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

9. สมภพ เรืองตระกูล. ตาราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
10. Montgomery R-I, Gonyea J-G, Hooyman N-P. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations. 1985; 34: 19-26.
11. Phitsanu W, Charembon T. Depression and caregiver burden among caregivers of patients with schizophrenia at Thammasat University Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand. 2019; 64(4): 317-336.
12. Gibson C-H. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing. 1995; 21(6): 1201-1210.
13. สรินดา น้อยสุข, พิมพ์พิมล เรื่องฤทธิ์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารกองการพยาบาล. 2564; 48(2): 30-41.
14. โรงพยาบาลฝาง. แบบประเมินตนเองของหน่วยงาน. ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. 2566.
15. วันเพ็ญ เชษฐตานนท์. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2556; 3(2): 148-155.
16. นิพัทธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สัตร์เพ็ชร, ญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) [Internet]. 2562 [Cited 2023 November 9]. Available from: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/svitti/article/download/181958/136948/>
17. นพรัตน์ ไชยขำนิ, จินตนา ยูนิพันธุ์. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อการและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.