

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ
บุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี
The Effect of Training Program Towards Psychiatric Patient Care Skills
among Health Care Providers in Thanyaburi Home for
The Destitute (Men)

สาริณีญ์ จินดาวุฒิพันธ์¹

Sarinee Jindawuttipan¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย

¹School of Nursing, Eastern Asia University

Received: July 28, 2021

Revised: November 1, 2021

Accepted: November 12, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย (1) โปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาจากภัทรารักษ์ พุ่งปันคำและคณะ (2548) (2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ (3) แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ dependent t-test ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=1.42$, $df=29$ $p<.5$) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเพิ่มทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ ดังนั้นบุคลากรผู้ดูแลจึงควรนำโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไปใช้เพื่อเพิ่มทักษะการดูแล และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ทักษะการดูแล บุคลากรผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวช

Abstract

This research was a quasi-experimental study, the pretest-posttest one group comparison design. The objective of this study was to study the effect of training programs towards psychiatric patient care skills among health care providers in Thanyaburi Home for the Destitute (Men). Thirty health care providers with psychiatric patient care were selected from a purposely population. Research instruments included: (1) the Training Program towards Psychiatric Patient Care Skills among Health Care Providers developed from Patraporn Tungpunkom and associates (2005), (2) the Demographic Data Form, and (3) the Psychiatric Caregiving Skills Scale. The Cronbach's alpha coefficient of the Psychiatric Caregiving Skills Scale was 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics, mean, standard deviation and dependent t-test. The results demonstrated that the mean score of the psychiatric patient caregiving skills among health care providers after receiving the training program towards psychiatric patient care skills was significantly higher than that before receiving the program at a level of .05 ($t=1.42$, $df=29$ $p<.05$). The results of this research show that Participating in caregivers' psychiatric care skills education programs can enhance the care skills of psychiatric caregivers. Therefore, health care providers should apply this program for improving caregiving skills so they can provide care effectively.

Keywords: care skills, health care providers, psychiatric patients



บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย มีการคาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลกถึง 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคน มีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ปัญหาสุขภาพจิตนั้นเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิต การอยู่ร่วมกันในสังคม และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2016, p. 91) พบว่า มีผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ทั้งหมดจำนวน 6,396 ราย ได้รับการเยียวยาจิตใจ 6,132 ราย และพบผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมด จำนวน 1,805 ราย ได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต จำนวน 1,746 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.73 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2019, p. 75) ความผิดปกติทางจิตและโรคทางจิตเวชพบได้บ่อยในประเทศที่มีรายได้ต่ำและ

ปานกลางมากที่สุด แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของความยากจนและการศึกษาในระดับต่ำ รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดโรคทางจิตเวชและความเสี่ยงของความผิดปกติทางจิต เช่น ปัจจัยความไม่มั่นคงปลอดภัย ความรู้สึกสิ้นหวัง และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว ความรุนแรงของความเครียดที่มีผลต่อสุขภาพร่างกายเป็นความเปราะบางของบุคคลที่มีฐานะยากจนที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิต (Patel & Kleinman, 2003, p. 609) การเจ็บป่วยทางจิตหมายถึงความผิดปกติของโครงสร้างทางคลินิกที่ประกอบด้วยอาการหลายอย่าง ความผิดปกติหลัก ๆ เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน และความผิดปกติทางความคิด ซึ่งความผิดปกติของอาการทางจิตนี้เป็นกลไกทางประสาทวิทยาที่ทำให้เกิดการบิดเบือนความเป็นจริง (Gaebel & Zielasek, 2015, p. 9) นอกจากนี้ผลกระทบการเจ็บป่วยทางจิต ยังส่งผลต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม การแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติและเป็นไปในทางลบ การทำร้ายตนเอง รู้สึกหดหู่ ไม่สนใจทำกิจกรรม ทั้งการรับประทานอาหาร

การนอนหลับ รู้สึกไร้ค่าอย่างที่สุดและคิดฆ่าตัวตาย และส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวด้วย (Weiser, 2014, p. 548) รวมถึงผู้ป่วยจิตเวชที่หลบหนีออกจากบ้าน ออกมาใช้ชีวิตในที่สาธารณะด้วยตนเอง ญาติไม่ให้การดูแลเอาใจใส่ หรือบางส่วนถูกรครอบครัวทอดทิ้ง ร่วมกับการมีสภาวะความเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถกลับบ้านได้ ทั้งปัจจัยด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ด้วยสภาพร่างกายที่มีโรคประจำตัว หรือบางคนออกมาทำงานรับจ้างแต่ไม่มีงานทำ อีกทั้งไม่สามารถจำทางกลับบ้านได้ ไม่มีหนทางไป กลายเป็นคนเร่ร่อนในที่สุด ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในสังคมปัจจุบัน (Sunsernchuchot, 2015, p. 1) ปัญหาการไร้บ้านยังคงเป็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในหลายประเทศ และความผิดปกติทางจิตในคนเร่ร่อนมีส่วนทำให้เกิดอัตราการป่วยและเสียชีวิตสูงขึ้น และมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่จะเป็นโรคทางจิตเพิ่มขึ้น รวมถึงปัญหาการใช้สารเสพติดและความเจ็บป่วยทางจิตขั้นรุนแรงของคนเร่ร่อนเป็นภาระสูง แสดงถึงความท้าทายเฉพาะด้านสาธารณสุขและนโยบาย (Gutwinski, Schreiter, Deutscher & Fazell, 2021, p. 3)

จากสถานการณ์คนเร่ร่อนไร้ที่พึ่งที่กล่าวมาข้างต้น มีจำนวนของผู้ใช้บริการในสถานคุ้มครองเพิ่มมากขึ้น ทั้งเป็นบุคคลไร้ที่พึ่ง มีอาการทางจิต และขอทาน มีหน่วยงานภาครัฐที่ให้การช่วยเหลือแก่กลุ่มบุคคลดังกล่าว ได้แก่ สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี ซึ่งมีภารกิจในการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นด้านปัจจัยสี่ คือ ที่พักอาศัย เครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้อุปโภค/บริโภคที่จำเป็น สงเคราะห์ พื้นฟูพัฒนาศักยภาพและฝึกทักษะอาชีพแก่คนไร้ที่พึ่ง คนเร่ร่อน และคนขอทาน ซึ่งประสบปัญหาไม่มีที่อยู่อาศัย ขาดผู้อุปการะดูแล เตรียมความพร้อมก่อนกลับคืนสู่ครอบครัวและอยู่ร่วมกับสังคม สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี จ. ปทุมธานี สังกัดกองคุ้มครองสวัสดิภาพและเสริมสร้างคุณภาพชีวิต กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยมีวิสัยทัศน์ขององค์กรว่า “คนไร้ที่พึ่งมีชีวิตมั่นคง พึ่งตนเองได้” ซึ่งภารกิจหลัก คือ ให้การคุ้มครองกลุ่มเป้าหมายภายใต้ พ.ร.บ. การคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 พ.ร.บ. ควบคุมการขอทาน พ.ศ. 2559 และพ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ด้วยการให้บริการด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านปัจจัย 4 รวมถึงบริการทางการแพทย์ พื้นฐาน และการพัฒนาฟื้นฟู อาชีวบำบัด สร้างอาชีพ สร้าง

รายได้ ให้ผู้ใช้บริการสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ 11 จังหวัด ประกอบด้วย ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี ตราด สระแก้ว นครนายก กระบวนการดำเนินงานของสถานนั้น แบ่งเป็น 4 ด้านคือ (1) การให้บริการเบื้องต้นด้านปัจจัยสี่ คือ ที่พักอาศัย เครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้อุปโภค/บริโภคที่จำเป็น การรักษาพยาบาลและอาหาร 3 มื้อ (2) งานสังคมสงเคราะห์ คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก การเยี่ยมบ้านผู้ใช้บริการ การประเมิน/การวางแผนการให้ความช่วยเหลือ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การติดตามประเมินผล (3) งานพยาบาล การตรวจคัดกรองโรค การตรวจสุขภาพประจำปี ส่งรักษาที่โรงพยาบาล ประชุมร่วมกับทีมแพทย์พยาบาลเพื่อวางแผนการรักษา (4) งานบำบัดฟื้นฟู จิตวิทยา อาชีวบำบัด กิจกรรมบำบัด กายภาพบำบัด รวมถึงการประสานส่งต่อผู้ใช้บริการส่งกลับไปยังครอบครัว/ชุมชน ส่งสถานประกอบการ ส่งบ้านน้อยในนิคม สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี นอกจากการให้บริการตามภารกิจของหน่วยงานแล้ว ได้มีการดำเนินงานที่เป็นต้นแบบของธัญบุรีโมเดล เป็นโครงการเพื่อสนับสนุนทักษะด้านอาชีพและรายได้ของผู้ใช้บริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี ซึ่งมีทั้งกลุ่มคนไร้ที่พึ่ง คนไร้บ้าน คนขอทานและผู้ป่วยจิตเวช โดยมีการจัดบริการด้านการบำบัดฟื้นฟูและพัฒนาทักษะอาชีพในด้านต่าง ๆ ให้มีความหลากหลาย เพื่อให้สมาชิกได้มีทางเลือกตามความถนัดและความสนใจ อันจะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีความหวัง มีรายได้ เพื่อเตรียมความพร้อมกลับคืนสู่ครอบครัวและสังคมได้อย่างยั่งยืนต่อไป

สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี จ. ปทุมธานี เป็นหน่วยงานหนึ่งในพื้นที่ใกล้เคียง และเป็นแหล่งเรียนรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย สำหรับศึกษาดูงานและจัดกิจกรรมบริการวิชาการแก่สังคม และจากการติดต่อประสานงาน พบว่า จากสถิติปี 2562 สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี จ. ปทุมธานี พบผู้ใช้บริการเป็นบุคคลไร้ที่พึ่ง 351 คน พบ.สุขภาพจิต 57 คน ไร้ที่พึ่ง (มีอาการทางจิต) 226 คน ขอทาน 6 คน รวม 640 คน ซึ่งเป็นบุคคลเร่ร่อนไร้ที่พึ่ง และผู้ที่ประสบปัญหาเดือดร้อน ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดูเป็นหลัก และจากการที่มีพระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 ได้กำหนดให้สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งมีภารกิจในการให้ความช่วยเหลือ

และดูแลคนไร้ที่พึ่ง ดังนั้นการให้บริการฟื้นฟูคนไร้ที่พึ่งในสถานคุ้มครองจะต้องอาศัยการเพิ่มเติมองค์ความรู้ ทักษะและความเชี่ยวชาญเฉพาะจากบุคลากรผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ด้านการแพทย์ ด้านการฝึกอาชีพ และด้านสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการคุ้มครองและฟื้นฟูศักยภาพครบทุกมิติ ส่งผลต่อความยั่งยืนของการช่วยเหลือและพัฒนาทักษะการดูแลที่มีคุณภาพ จากการสำรวจความต้องการเบื้องต้นในด้านความรู้และทักษะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชาย ัญบุรี ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละบ้าน จำนวนรวมทั้งหมด 35 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ความรู้และทักษะที่ต้องการเพิ่มเติม ได้แก่ โรคและการรักษาทางจิตเวช การจัดการกับอาการ/พฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย หลักการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด การบริหารยาและการดูแลด้านอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา และการใช้แบบประเมินทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ปัจจุบันการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีรูปแบบวิธีการหลากหลาย ส่วนโปรแกรมการให้ความรู้ก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มทักษะของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และจากการทบทวนวรรณกรรมได้มีการศึกษาการเพิ่มทักษะการดูแลของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดย (Kumlue, 2009) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในหอผู้ป่วย สหทัยโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว สามารถเพิ่มทักษะในการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านการดำเนินชีวิตตามปกติด้านการจัดการอาการ ด้านการบริหารจัดการเรื่องยาได้ และการศึกษาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวของ (Suriyon, 2007) พบว่า ทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว และการติดตามผลทันที หลังจากจบโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และในระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวสามารถเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ดังนั้นจึงควร

นำไปใช้ในงานประจำเพื่อเพิ่มทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถช่วยเพิ่มทักษะของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในฐานะเป็นวิชาชีพหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและมีความสนใจที่จะพัฒนา และศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชาย ัญบุรี โดยใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลที่สร้างขึ้นโดย (Tungpunkom et al., 2005) ใช้กรอบแนวคิดของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) ซึ่งวิธีการสอนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย (1) ชั้นประสบการณ์ (experience) (2) ชั้นสะท้อนความคิด/อภิปราย (reflection/discussion) (3) ชั้นความคิดรวบยอด (conceptual) (4) ชั้นทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (experimental/application) ซึ่งมีการให้ความรู้ที่ประกอบด้วยแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ความรู้เกี่ยวกับยา รวมทั้งการรักษาอื่น ๆ ที่ใช้รักษาโรคจิตเวช ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่ไม่พึงประสงค์และทักษะเกี่ยวกับการบริหารยา ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ นอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชแล้ว ยังจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชาย ัญบุรีได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตที่ดีขึ้น ลดโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชาย ัญบุรี

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลที่สร้างขึ้นโดย (Tungpunkom et al., 2005.) และใช้กรอบแนวคิดของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) ซึ่ง

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมหมายถึง การเรียนรู้ด้วยตนเอง และการใช้รูปแบบการแก้ปัญหา และผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย การเรียนรู้ขั้นพื้นฐาน 2 ประเภท คือ การเรียนรู้จากประสบการณ์และการเรียนรู้แบบกลุ่ม ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเชื่อว่าผู้เรียนสามารถบรรลุผลลัพธ์ที่ดีขึ้นได้ หากปฏิบัติซ้ำ ๆ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือ การเรียนรู้ผ่านการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น และมีประสบการณ์ผ่านการเรียนรู้ร่วมกัน โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องโดยสร้างองค์ความรู้ และสะสมความรู้เพื่อพัฒนาแนวคิดใหม่ ๆ (Haron, Natrah & Harun, 2017, p. 243) ซึ่งวิธีการสอนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย (1) ชั้นประสบการณ์ (experience) (2) ชั้นสะท้อนความคิด/อภิปราย (reflection/discussion) (3) ชั้นความคิดรวบยอด (conceptual) (4) ชั้นทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (experimentation/application) ซึ่งประกอบด้วย แนวคิด การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับยา รวมทั้งการรักษาอื่น ๆ ที่ใช้รักษาโรคจิตเวช ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่ไม่พึงประสงค์ และทักษะที่เกี่ยวกับการบริหารยา ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรผู้ดูแลสามารถดูแลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตดีขึ้น และลดโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ ทักษะการดูแลที่จำเป็นมีดังต่อไปนี้ ทักษะการดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติในการดูแลด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเวช ประกอบไปด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ การดูแลด้านการป้องกันการถูกล้อเลียน หรือการถูกรังเกียจจากบุคคลอื่นโดยทักษะที่ต้องใช้ มีดังนี้ (1) ทักษะการประเมินสังเกตอาการ (2) ทักษะการเตือน (3) ทักษะการแนะนำ (4) ทักษะการบอกสิ่งที่เป็นจริง (5) ทักษะการทำกิจกรรมแทน (6) ทักษะการสอนกำกับ (7) ทักษะการถอยห่าง (8) ทักษะการต่อรอง (9) ทักษะการไกล่เกลี่ย (10) ทักษะการจัดการเรื่องยา (11) ทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อม (12) ทักษะการขอความช่วยเหลือ (13) ทักษะการจัดการการถูกประทุพพัตรา/การถูกรังเกียจ และ (14) ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมี

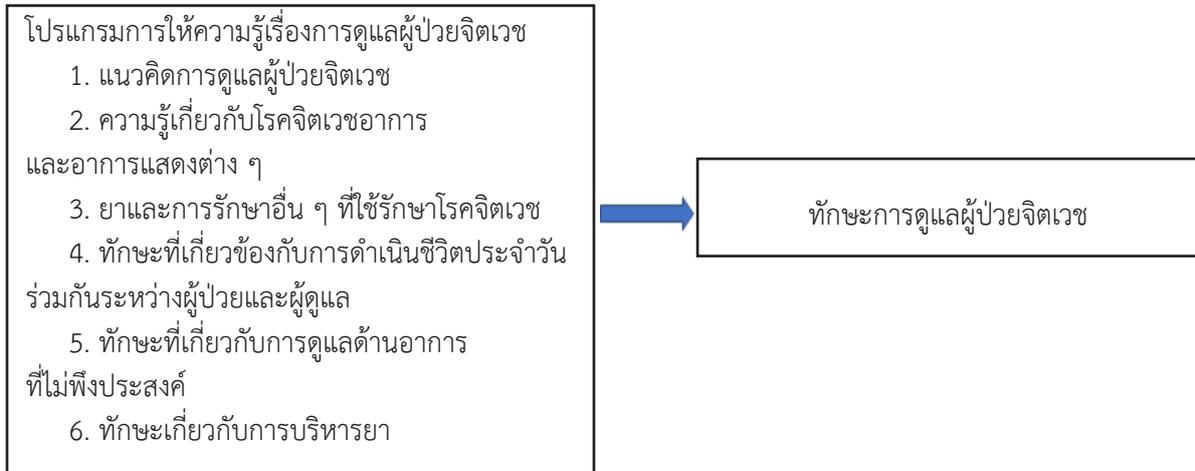
ประสิทธิภาพ ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom) ได้แบ่งการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน (1) ด้านพุทธิพิสัย (cognitive domain) เป็นความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคิด ความรู้ความเข้าใจ และการประมวลผลข้อมูล การสร้างความเข้าใจ การประยุกต์ใช้ความรู้ การแก้ปัญหา และการทบทวน (2) ด้านจิตพิสัย (affective domain) เกี่ยวกับทัศนคติ ความรู้สึกอารมณ์ และทัศนคติ (3) ด้านทักษะพิสัย (psychomotor domain) เป็นทักษะการปฏิบัติ การเคลื่อนไหว และ/หรือกิจกรรมที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่และมัดเล็ก (Hoque, 2016, pp. 45-50) ซึ่งมีมิติด้านพุทธิพิสัยแบ่งออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ ความรู้ความจำ (knowledge) ความเข้าใจ (comprehension) การนำไปใช้ (application) การวิเคราะห์ (analysis) การสังเคราะห์ (synthesis) และการประเมินค่า (evaluation) กระบวนการทางสติปัญญาที่มีความซับซ้อน ซึ่งเชื่อว่าความเข้าใจมีกระบวนการทางสติปัญญาซับซ้อนกว่าความรู้ความจำ การนำไปใช้มีกระบวนการทางสติปัญญาซับซ้อนมากกว่าความเข้าใจ เป็นต้น (Anderson & Kratwohl, 2001, pp. 67-68) ซึ่งเป็นวิธีการที่จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดการพัฒนาทักษะและกระบวนการคิดได้อย่างเป็นระบบและนำไปสู่การปฏิบัติ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดงานวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ (Tungpunkom et al., 2005) ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ความรู้เกี่ยวกับยา รวมทั้งการรักษาอื่น ๆ ที่ใช้รักษาโรคจิตเวช ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่ไม่พึงประสงค์ และทักษะที่เกี่ยวกับการบริหารยา ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรผู้ดูแลสามารถดูแลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตที่ดีขึ้น และลดโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

บุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรีทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 35 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรีทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สถาน

คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี จ. ปทุมธานี จำนวน 30 คน ใช้การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ power analysis โดยคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (α error) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพลของตัวแปร (effect size) เท่ากับ .5 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 28 ราย ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างขาดการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ซึ่งเพียงพอต่อการศึกษานี้ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ (1) เป็นบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรีทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี (2) เนื่องจากโปรแกรมต้องใช้สื่อในการทำกิจกรรม ต้องสามารถอ่านออกเขียนได้ (3) พูดคุยติดต่อสื่อสารได้ (4) ไม่มีความพิการที่เป็นอุปสรรคในการให้ข้อมูลและ (5) สนใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่องทั้งหมด 6 ครั้ง ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (exclusion criteria) คือ (1) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (2) มีปัญหาในการได้ยิน การพูด การมองเห็น และเข้าใจภาษาไทยได้ดี (3) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ครบทั้ง 6 ครั้ง และ (4) ขอลถอนตัวจากการวิจัย ลักษณะโปรแกรมการให้

ความรู้ต่อทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชดำเนินต่อเนื่อง ครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 6 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นโปรแกรมที่พัฒนาจาก (Tungpunkom et al., 2005) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยแบ่งออกเป็น 2 กิจกรรม การประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบระดับทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล และเปรียบเทียบคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลก่อน/หลังการเข้าโปรแกรม ฯ

ครั้งที่ 2 กิจกรรมความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการ และอาการ แสดงต่าง ๆ กิจกรรมประกอบด้วย การสำรวจอาการทางจิตเวชของผู้ป่วย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ดูแลสามารถแยกแยะความแตกต่างระหว่างคนปกติกับผู้ป่วยจิตเวชได้ และผู้ดูแลสามารถบอกอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยที่ตนเองดูแลได้โดยให้ผู้ดูแลอภิปรายคำตอบที่แตกต่างซึ่งประเด็นให้เห็นความแตกต่างระหว่างคนปกติกับคนที่เป็นโรคจิต และผู้ดูแลสามารถบอกอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยที่ตนเองดูแลได้ โดยให้ผู้ดูแลอภิปรายความหมายของโรคทางจิตเวช สาเหตุ ความเชื่อผิด ๆ และอาการสำคัญ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่าง ๆ

ครั้งที่ 3 กิจกรรมความรู้เกี่ยวกับยา รวมทั้งการรักษาอื่น ๆ ที่ใช้รักษาโรคจิตเวช ประกอบด้วยกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาพยาบาล ซึ่งมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องกระบวนการรักษาพยาบาลโดยให้ผู้ดูแลบอกกระบวนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยของตนเองได้รับ และอภิปรายความสำคัญของการดูแลรักษาแต่ละอย่าง ความรู้เกี่ยวกับยา รวมทั้งการรักษาอื่น ๆ ที่รักษาโรคจิตเวช

ครั้งที่ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน และสามารถเลือกใช้ทักษะดังกล่าว

ได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ดูแลเลือกอธิบายความหมายของทักษะแต่ละทักษะใช้ในสถานการณ์ใดบ้าง ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

ครั้งที่ 5 ทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ดูแลทราบอาการเตือนก่อนกลับเป็นซ้ำ สามารถจัดการเกี่ยวกับอาการที่เกิดจากภาวะโรค และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งป้องกันตนเอง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีแหล่งช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่เกิดจากภาวะโรค

ครั้งที่ 6 ทักษะเกี่ยวกับการบริหารยา โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ดูแลสามารถบริหารยาที่ผู้ป่วยรับประทาน และสามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยรับประทานได้ กิจกรรมประกอบด้วยให้ผู้ดูแลบอกอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบันในแบบตรวจสอบอาการข้างเคียงของยา และให้ผู้ดูแลอภิปรายบทบาทของผู้ดูแลในการสังเกตและช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงของยา

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้มี 2 ประเภท ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ (Tungpunkom et al., 2005) เป็นแบบวัดตามเนื้อหาของโปรแกรมฯ ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 50 ข้อ ใช้วัดก่อนและหลังการทดลอง แบ่งออกเป็นข้อคำถามเชิงบวก 47 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการใช้ชีวิตตามปกติ จำนวน 29 ข้อ (2) ด้านการจัดการด้านอาการ 11 ข้อ และ (3) ด้านการบริหารเรื่องยาจำนวน 10 ข้อ การคิดคะแนนสำหรับข้อคำถามทางบวก มีดังนี้ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติ = 1 คะแนน ทราบและปฏิบัติบ้างแต่ไม่มั่นใจ = 2

คะแนน ปฏิบัติทุกครั้ง = 3 คะแนน ผู้ป่วยทำได้เองหรือไม่มีสถานการณ์เกิดขึ้น = 0 คะแนน สำหรับข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ คะแนนที่ให้อาจกลับกันกับข้อคำถามในทางบวก นำคะแนนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน (Tungpunkom et al., 2005) มีดังนี้ 1.00-1.66 = ไม่มีทักษะการดูแล หรือมีทักษะการดูแลในระดับต่ำ 1.67-2.33 = มีทักษะการดูแลในระดับปานกลาง 2.34-3.00 = มีทักษะการดูแลในระดับสูง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พัฒนาจาก (Tungpunkom et al., 2005) ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ เนื่องจากโปรแกรมดังกล่าวได้รับความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม มีความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ มีรูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม มีความตรงของเนื้อหา จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ จากนั้นนำแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านไปทดลองใช้กับบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา คือ บุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สถานสงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลาบ้านกิ่งวิถิ (ชายและหญิง) จ.ปทุมธานี จำนวน 25 ราย และนำแบบวัดที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach 1970, p. 161) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากกรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียตามหนังสือรับรองเลขที่ SN 2556/3 วันที่ได้รับการรับรอง 16 พฤศจิกายน 2559 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยให้เวลาตัดสินใจอย่างอิสระ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (informed consent form) และชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยที่จะได้รับการดูแลตลอดระยะเวลาของการศึกษา สิทธิที่จะได้รับในการปกปิดข้อมูล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือการบำบัดรักษาแต่อย่างใด จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2. ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองรายกลุ่มต่อเนื่อง ครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 6 ครั้ง โดยดำเนินการ ณ สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี จ. ปทุมธานี

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (post-test) โดยให้เวลา 15-20 นาที

ทั้งนี้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนมกราคม 2560 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2560 และวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistics) การคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation--SD) วิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนทักษะในการดูแลของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้สถิติ dependent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.67 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 43.33 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 36-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาอายุระหว่าง 41-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.33 มีสถานภาพสมรสเป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 63.33 และ

สถานภาพสมรสเป็นคู่ คิดเป็นร้อยละ 33.33 ตามลำดับ มี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 และระดับ ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 33.33 ตามลำดับ ระยะเวลา ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 1 ปี-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.67 และ 6 ปี-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 ตามตาราง 1

2. การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อ ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยที่ สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี แสดงรายละเอียดตาม ตาราง 2 และตาราง 3

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	13
	ชาย	17
	รวม	30
อายุ	< 30	2
	31-35	2
	36-40	12
	41-45	7
	46-50	5
	< 50	2
	รวม	30
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	2
	มัธยมศึกษา	15
	อาชีวศึกษา	3
	ปริญญาตรี	10
	รวม	30
สถานภาพสมรส	โสด	19
	คู่	10
	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1
	รวม	30
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	< 1 ปี	1
	1 ปี-5 ปี	17
	6 ปี-10 ปี	10
	11 ปี-15 ปี	-
	> 15 ปี	2
รวม	30	

ตาราง 2

การเปรียบเทียบคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในระยะก่อนการทดลอง และ หลังการทดลอง (n=30)

ทักษะการดูแลผู้ป่วย	จำนวน (ข้อ)	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
		\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านการใช้ชีวิตตามปกติ	29	1.782	0.116	ปานกลาง	2.686	0.124	สูง
ด้านการจัดการด้านอาการ	11	1.927	0.1316	ปานกลาง	2.518	0.183	สูง
ด้านการบริหารเรื่องยา	10	1.923	0.1129	ปานกลาง	2.646	0.1108	สูง
รวม	50	1.894	0.999	ปานกลาง	2.674	0.1028	สูง

ตาราง 3

การเปรียบเทียบทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการทดลองของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (n=30)

ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	\bar{X}	SD	df	t	p- value
ก่อนการทดลอง	1.89	0.99	29	1.42	<.05
หลังการทดลอง	2.67	0.10	0.05		

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ($\bar{X}=1.89$ SD=0.99) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ($\bar{X}=2.67$ SD=0.10) อยู่ในระดับสูง

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย $\bar{X}=1.89$ SD=0.99) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}=2.67$ SD=0.10) เมื่อตรวจสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วย t-test แบบ dependent พบว่า ค่า $t=1.42$ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=1.42, df=29 p<0.5$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยคือ ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

การอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายฉะเชิงเทรา ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=1.42, df=29 p<.5$)

จากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรม ฯ ทั้ง 6 ครั้ง สำหรับบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่า กิจกรรมในโปรแกรม ฯ เน้นการให้ความรู้ ข้อมูล และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และการสอนโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนพูดคุยข้อมูลในกลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ส่งผลทำให้บุคลากรผู้ดูแลมีทักษะเพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นของโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ความรู้เกี่ยวกับยา รวมทั้งการรักษาอื่น ๆ ที่ใช้รักษาโรคจิตเวช ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค และการบริหารยา ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า การสอนโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ตามแนวคิดทฤษฎีของบลูม (Bloom's Taxonomy, 1956, as cited in Hoque, 2016, p. 45) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้แบ่งออกเป็น 3 ด้าน (1) ด้านพุทพัสัยซึ่งผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้แก่บุคลากรผู้ดูแลเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่าง ๆ กิจกรรมความรู้เกี่ยวกับยา ซึ่งเป็นวิธีการที่จะพัฒนาและเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางและทักษะในการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะมากขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มที่จะยอมรับการเผชิญปัญหาในเชิงบวกมากขึ้น (Zhou, Wang, Feng, Tebes, Luan & Yu, 2021, p. 5) (2) ด้านทักษะพิสัยที่ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค และการบริหารยา ซึ่งการสนับสนุนผู้ดูแลในแง่ของการให้คำปรึกษา การแนะนำ และข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับโรค ความต้องการของผู้ดูแลในการรับข้อมูลและแนวทางเกี่ยวกับการปฏิบัติจริงในการดูแล และการใช้บริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม วิธีการปรับปรุงสุขภาพ การดูแลผู้ที่มีอาการป่วยทางจิต และการแทรกแซงที่เหมาะสม และ (3) ด้านจิตพิสัยที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังทำให้เกิดปัญหาหลายอย่าง การรับมือและปรับตัวในระดับจิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อปัญหาของการตีตราทางสังคมและการควบคุมตนเองที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Moudatsou, Koukouli, Palioka, Pattakou, Teleme, Fasoi, Kaba & Stavropoulou, 2021, p. 8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอโยโนและคณะ (Ayano, Assefa, Haile, Chaka, Solomon, Yohannis, Awoke & Jemal, 2017, p.1) ที่ศึกษาการฝึกอบรมด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานและเส้นทางสู่ความสำเร็จของการบูรณาการสุขภาพจิตกับการบริการปฐมภูมิ: การประเมินผลต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ (KAP) ผลการศึกษาพบว่าการฝึกอบรมส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขพัฒนาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ (KAP) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต และผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดภายหลัง

การได้รับการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ดังนั้นโปรแกรมการฝึกอบรมเป็นการจัดให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตและบริบททางจิตในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและปรับปรุงปัญหาสุขภาพจิต การให้ความรู้ ทักษะ และทัศนคติแก่ผู้ดูแลด้านสุขภาพเพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยในความดูแลของตน เข้าใจแนวคิดเรื่องการตีตราทางสังคมของผู้ป่วยและการเลือกปฏิบัติ เข้าใจผลกระทบที่เป็นอันตรายจากการตีตราทางสังคม เพิ่มความเข้าใจในแนวทางการทำงานที่ยึดหลักสิทธิมนุษยชนและสิทธิมนุษยชนกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของอาร์มสตรองและคณะ (Armstrong et al., 2011, p. 4, 8) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและมีการจัดทำคู่มือการฝึกอบรมเนื้อหาประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต อาการและความรุนแรงของความเจ็บป่วยทางจิต (2) การปฐมพยาบาลด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การตอบสนองต่อบุคคลเกี่ยวกับปัญหาด้านร่างกาย ความวิตกกังวลและตื่นตระหนกมากเกินไป ความโศกเศร้าหรือความคิดฆ่าตัวตายที่ผิดปกติ ความเหนื่อยล้าอย่างต่อเนื่อง ปัญหาการนอนหลับ อาการทางจิต (3) ทักษะทางปฏิบัติ ได้แก่ การให้คำปรึกษา เทคนิคการแก้ปัญหา การเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนครอบครัว การส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และ (4) การส่งเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ การตีตราทางสังคมและการเลือกปฏิบัติ ความยากจนและภาวะสุขภาพจิต เพศและสุขภาพจิต ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกอบรมด้านสุขภาพจิตประสบความสำเร็จหลายอย่างในการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และช่วยเพิ่มความสามารถในการรับรู้อาการซึมเศร้าและโรคจิตเวช ลดการรักษาทางยาที่ไม่ช่วยประโยชน์ และลดทัศนคติต่อการถูกตีตราทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษา พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช บุคลากร

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีคะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงขึ้น ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าว บุคลากรผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานในการเตรียมความพร้อมด้านบทบาท และทักษะการดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไปประยุกต์ใช้ในการจัดรูปแบบกิจกรรมให้กับบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

2. ควรนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไปประยุกต์ใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกราย เพื่อให้เกิดรูปแบบแนวทางในการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างเหมาะสม และควรมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง



References

- Anderson, L. W., & Krathwohl, D. R. (2001). *A taxonomy for learning, teaching and assessing: A revision of Bloom's Taxonomy of educational objectives*. New York: Addison Wesley Longman.
- Armstrong, G., Kermode, M., Raja, S., Suja, S., Chandra, P., & Jorm, A. F. (2011). A mental health training program for community health workers in India: Impact on knowledge and attitudes. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-17>
- Ayano, G., Assefa, D., Haile, K., Chaka, A., Solomon, M., Yohannis, K., Awoke, A., & Jemal, K. (2017). Mental health training for primary health care workers and implication for success of integration of mental health into primary care: evaluation of effect on Knowledge, Attitude and Practices (KAP). *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 63. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0169-8>
- Bloom, B. S., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The Classification of Educational Goals*. New York: David McKay Co., Inc
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2016). *Annual report Department of Mental Health Fiscal Year 2016*. Bangkok: Department of Mental Health. (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2019). *Annual report Department of Mental Health Fiscal Year 2019*. Bangkok: Department of Mental Health. (in Thai)
- Gaebel, W., & Zielasek, J. (2015). Focus on psychosis. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(1), 9–18. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/wgaebel>.
- Gutwinski, S., Schreiter, S., Deutscher, K., & Fazel, S. (2021). The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 18(8), e1003750. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003750>
- Haron, H., Natrah, N. H., & Harun, A. A. (2017). A conceptual model participatory engagement within e-learning community. *Procedia Computer Science*, 116, 242–250.
- Hoque, E. (2016). Three domains of learning: Cognitive, affective and psychomotor. *Journal of EFL Education and Research (JEFLER)*, 2(2). 45-52.

- Kumlue, W. (2009). *Effect of the Psychiatric family caregiving program on caregiving skills among caregivers of patients with Schizophrenia at Sahathai ward, Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province* (Master's thesis). Chiang Mai University. Chiang Mai. (in Thai)
- Moudatsou, M., Koukouli, S., Palioka, E., Pattakou, G., Teleme, P., Fasoi, G., Kaba, E., & Stavropoulou, A. (2021). Caring for Patients with Psychosis: Mental Health Professionals' Views on Informal Caregivers' Needs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2964. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062964>
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609-615. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/72028>
- Sunsermchuchot, T. (2015). *The processes of homeless restoration potential according to Thanyaburi Model* (Master's thesis). Thammasat University. Pathum Thani. (in Thai)
- Suriyong, J. (2007). *Effect of the psychiatric family caregiving program on caregiving skills among caregivers of patients with schizophrenia at Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province* (Master's thesis). Chiang Mai University. Chiang Mai. (in Thai)
- Tungpunkom, P., Vadtanapong, S., Reungyos, L., Silpakit, P., & Mahatnirunkul, S. (2005). *Development of the Program of Psychiatric Family Care-Giving*. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)
- Weiser, E. B. (2014). *Psychology: Psychological disorders: Chapter: 15*. OpenStax College. Retrived from <http://openstaxcollege.org>.
- Zhou, Z., Wang, Y., Feng, P., Li, T., Tebes, J. K., Luan, R., & Yu, Y. (2021). Associations of Caregiving Knowledge and Skills With Caregiver Burden, Psychological Well-Being, and Coping Styles Among Primary Family Caregivers of People Living With Schizophrenia in China. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 631420. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.631420>

