

ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The Effects of Community Nurse Practitioner's Health Educational Program on The Knowledge, Attitude and Practice in Family Caregivers of Patients With Depression

ชญากษ์ มิ่งขวัญใจ^{1*}, ชฎาภา ประเสริฐทรง² และทวิศักดิ์ กสิผล²

Chayapat Mingkwanjai¹, Chadapa Prasertsong² and Taweasuk Kasipul²

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต¹, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียว

เฉลิมพระเกียรติ, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย (10540)²

Majoring in Community Nurse Practitioner¹ Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Bangkok,
Thailand (10540)²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลอง ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ จำนวน 4 ครั้ง กลุ่มควบคุม ได้รับกิจกรรมการรักษายาตามปกติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มควบคุม มีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลอง มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงควรนำโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากครอบครัวผู้ดูแล

คำสำคัญ : โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ, ครอบครัวผู้ดูแล, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Abstract

This study was a quasi-experimental study. The purposes of this research was to study the effects of community nurse practitioner's health educational program on the knowledge, attitude and practice in family caregivers of patients with depression. The samples were an experimental group and a control group. Each group had 15 family caregivers. The experimental group had been participated in the health educational program 4 times. The controlled group had been received treatment as an usual nursing activities. The statistics were used in data analysis including percentage, mean, standard deviation and t test.

Corresponding Author: *E-mail: aofbuu@hotmail.com

The research results were as follows: The experimental group on the knowledge, attitude and practices in the care of patients with depression, were significantly different before and after experiment. ($p = .01$). The control group on the knowledge and practices in the care of patients with depression were not significantly different before and after receiving usual nursing activities. The attitude in the care of patients with depression before and after experimental were different at a statistically significant level at .01 level. The experimental group on the knowledge, attitude and practices in the care of patients with depression were significantly from the control group ($P = .01$). Therefore, the community nurse practitioner should take the health educational program used in patients with depression in the community. To ensure that patients receive appropriate care from family caregivers.

Keywords: health educational program, family caregivers, patients with depression

บทนำ

องค์การอนามัยโลกกล่าวว่าซึมเศร้าเป็นโรคที่พบมากทั่วโลกประมาณ 350 ล้านคน และมีผู้ที่ฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้า ประมาณ 1 ล้านคนต่อปี และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศหนึ่งสูงกว่าเพศชาย จากข้อมูลการศึกษาทางระบาดวิทยาของประเทศอเมริกา พบว่า ประชาชน 1 ใน 20 คน เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง และประชาชน 1 ใน 5 คน จะเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต ในทุกกลุ่มอายุ อัตราโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นมีอัตราสูงเทียบเท่ากับวัยผู้ใหญ่¹ และในกรณีของการศึกษาย้อนหลังในผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายนั้น พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดในผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย² โรคซึมเศร้าทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแล จากการที่ครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกเป็นภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวช รู้สึกเป็นตราบาปที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในบ้าน เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง³ และผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่น ๆ ส่งผลกระทบต่อสังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งถ้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะมีการเกิดซ้ำ และเป็นเรื้อรังอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย และก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก⁴

การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ เพราะครอบครัวคือสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญ และมีความจำเป็นต่อการบำบัดรักษา ครอบครัวจึงต้องเข้ามามีส่วนช่วยเหลือดูแลประคับประคองผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย⁵ การให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นการบำบัดที่สามารถทำให้ครอบครัวอยู่ในสภาวะที่สมดุล ครอบครัวผู้ดูแล

ได้เรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างยอมรับ เข้าใจ และเห็นใจผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้กลับมาพักพิงทางใจที่บ้านเพื่อรักษาดูแลแผลใจ คอยให้กำลังใจ อาการป่วยจะได้หายเร็วขึ้น ทำให้ชีวิตครอบครัวมีความสุขพร้อมหน้าเหมือนเดิม⁶ จากการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับการความรู้ตามโปรแกรมการสอน มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการความรู้ตามปกติ⁷ และการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยความใส่ใจ สังเกต คัดกรอง และการประเมินที่ดี จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจนถึงการฆ่าตัวตายได้⁸ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้ทางสุขภาพสามารถทำให้ครอบครัวผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลคลองหลวง พบว่า ในปี 2555 มีผู้เข้ารับการรักษาด้วยโรคซึมเศร้า จำนวน 26 คน และในปี 2556 จำนวน 44 คน เพิ่มขึ้นถึง 1.69 เท่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลคลองหลวงได้รับการดูแลรักษา ด้วยวิธีการรักษาด้วยยา แต่จากการสัมภาษณ์เบื้องต้น ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลมีความเครียดและคับข้องใจจากการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้เหมือนเดิม เป็นภาระการดูแล ไม่รู้ว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ครอบครัวผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งอาจมีผลช่วยให้ครอบครัวผู้ดูแลมีความสามารถและเข้าใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมก่อน และหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกัน
2. กลุ่มควบคุมมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน
3. กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เป็นครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารับการรักษาที่คลินิก ฟังไส โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี และอาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภอกองหลวง จังหวัดปทุมธานี

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยพิจารณาจากคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลคลองหลวง
- 2) เป็นวัยผู้ใหญ่ อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
- 3) สติสัมปชัญญะดี สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ได้ถูกต้อง

4) พูด เขียน และฟังภาษาไทยได้เข้าใจ และโต้ตอบได้

5) สมัครใจ และยินดีเข้าร่วมโปรแกรมนี้ตลอดการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และจับคู่ตามระดับการศึกษา ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และแบบสอบถามการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และมีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือเพื่อหาความเที่ยง (Reliability) ด้วยสถิติ Kuder Richardson 20 (K-R20) และครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ผลดังนี้

- แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้ค่า K-R 20 = .81

- แบบสอบถามทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ค่า alpha = .88

โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ

โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยกิจกรรมที่จัดเป็นจำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม สร้างสัมพันธภาพ และกิจกรรมเรียนรู้ เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ที่บ้านของครอบครัวผู้ดูแล ครั้งละ 60 นาที/คน

ครั้งที่ 2 ทบทวนความรู้ของสัปดาห์ที่แล้ว และจัดกระทำการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยการเล่าเรื่องเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ เรื่องเล่าที่ 1 นิทานเซน : คนตาบอดกับโคมไฟ เรื่องเล่าที่ 2 บ้านของเรา และเรื่องเล่าที่ 3 หม่าซึ่เรือนเปลี่ยนหัวใจคนใจดำ ที่บ้านของครอบครัวผู้ดูแล ครั้งละ 45 นาที/คน

ครั้งที่ 3 ทบทวนความรู้ของสัปดาห์ที่แล้ว และจัดกิจกรรมเรียนรู้ เรื่องการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ที่บ้านของครอบครัวผู้ดูแล ครั้งละ 45 นาที/คน

ครั้งที่ 4 ทบทวนความรู้ของสัปดาห์ที่แล้ว สรุปความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำแบบทดสอบ (Post-test) หลังการทดลอง ที่บ้านของครอบครัวผู้ดูแล ครั้งละ 45 นาที/คน และยุติการเข้าร่วมโปรแกรม

โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติ (Knowledge Attitude and Practice : KAP) โดยเชื่อว่า ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันหลายรูปแบบ และมีผลซึ่งกันและกัน ดังนั้นการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนทศนคติในการเป็นผู้ดูแล จะทำให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของครอบครัวผู้ดูแลที่ดีขึ้นได้ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) พิจารณาความถูกต้องตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวชชำนาญการ 1 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence : IOC) เท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ อ.219/2557 วันที่ 28 พฤษภาคม 2557 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหลวง และสาธารณสุขอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย สิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ รวมถึงการเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปการสรุปผล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหลวง และสาธารณสุขอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2.1) กลุ่มทดลอง : ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลอง ทำแบบทดสอบ (Pre-test) ก่อนการทดลอง และดำเนินโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 4 ขอความร่วมมือในการทำแบบทดสอบ (Post-test)

2.2) กลุ่มควบคุม : ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มควบคุม ทำแบบทดสอบ (Pre-test) ก่อนการทดลอง และพบกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบทดสอบ (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2) เปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการทดสอบค่าที (t-test)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคน (ร้อยละ 40) (Mean = 53.20, S.D. = 13.81) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.70) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 100) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 86.70) ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 40) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 66.70) รายได้ครอบครัวต่อเดือนพอกินพอใช้ (ร้อยละ 66.70) มีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นภรรยา (ร้อยละ 40) ผู้ป่วยมีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1-3 ปี (ร้อยละ 66.60) (Mean = 3.53, SD = 2.29) มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยซึมเศร้า (ร้อยละ 80) ไม่มีปัญหา และอุปสรรคในการดูแล (ร้อยละ 73.30) ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 40) (Mean = 46.93, S.D. = 16.40) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 80) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 86.70) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 46.70) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 10,000 - 20,000 บาท (ร้อยละ 46.70) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนพอกินพอใช้ (ร้อยละ 86.70) มีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นบุตร (ร้อยละ 46.70) ผู้ป่วยมีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1 - 3 ปี (ร้อยละ 53.33) (Mean = 4.46, SD = 3.46) มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยซึมเศร้า

(ร้อยละ 53.33) ไม่มีปัญหาและอุปสรรคในการดูแล (ร้อยละ 80)

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อน และ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพของกลุ่ม

ทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อน และหลังการทดลอง มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังรายละเอียด ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อน และหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพของกลุ่มทดลอง

การให้ความรู้ทางสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	Mean	S.D.	t	p
ความรู้	ก่อนการทดลอง	7.86	1.92	13.65*	.00
	หลังการทดลอง	15.06	.70		
ทักษะ	ก่อนการทดลอง	2.27	.33	10.31*	.00
	หลังการทดลอง	3.15	.12		
การปฏิบัติ	ก่อนการทดลอง	2.01	.26	23.34*	.00
	หลังการทดลอง	3.75	.17		

* $p < .01$

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อน และ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพของกลุ่ม ควบคุม พบว่า กลุ่มควบคุม มีด้านความรู้ และการปฏิบัติในการ ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อน และหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ส่วนทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ก่อนและ หลังการทดลองมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังรายละเอียด ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อน และหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพของกลุ่มควบคุม

การให้ความรู้ทางสุขภาพ	กลุ่มควบคุม	Mean	S.D.	t	p
ความรู้	ก่อนการทดลอง	9.60	1.99	-1.186	.85
	หลังการทดลอง	9.53	2.09		
ทักษะ	ก่อนการทดลอง	2.47	.23	-9.646*	.00
	หลังการทดลอง	2.26	.21		
การปฏิบัติ	ก่อนการทดลอง	2.30	.30	.823	.42
	หลังการทดลอง	2.32	.30		

* $p < .01$

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจาก การเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่ม ทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ

และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แตกต่างกลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังรายละเอียด ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การให้ความรู้ทางสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)		t	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้	15.06	.70	9.53	2.09	9.677*	.00
ทัศนคติ	3.15	.12	2.26	.21	13.987*	.00
การปฏิบัติ	3.75	.17	2.32	.30	15.639*	.00

* p < .01

อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อน และหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้กับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ (Knowledge Attitude and Practice : KAP) ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของโรคซึมเศร้า สาเหตุ อาการ การรักษา สัญญาณเตือนภัยที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ และตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ด้วยการให้ความรู้ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา ยา และผลข้างเคียงของยา จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจ ส่งผลกระทบเชิงบวกต่ออาการของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลได้⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าญาติผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมการทดลอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ การดูแลรักษา เพิ่มขึ้น¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับการความรู้ตามโปรแกรมการสอนมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการความรู้ตามปกติ⁷

ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มทดลองมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อน และหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากทัศนคติ คือ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ดังนั้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติด้วยการให้ข้อมูล

ใหม่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การพูดคุยระบายความรู้สึก การให้กำลังใจ การเสริมแรง และการเข้าถึงตัวผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีขึ้นกับผู้ป่วยได้ ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหากสมาชิกครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทไม่ดีและมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทไม่ดี การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะไม่ดีไปด้วย⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน สูงกว่ากลุ่มควบคุม¹¹

การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากการให้ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม และการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ดีขึ้น มีผลให้การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเปลี่ยนแปลงไปด้วย จากการที่ผู้วิจัยได้สอบถามถึงปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและประสบการณ์การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ดูแล การให้กำลังใจ การเสริมแรง และให้ความรู้เกี่ยวกับ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้เหมาะสมยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการสอนก่อนการจำหน่ายของญาติและผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพทำให้ญาติมีพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์ดีขึ้น¹⁰

2. กลุ่มควบคุม มีความรู้ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค

ซึมเศร้า และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงทำให้กลุ่มควบคุมไม่ได้มีความรู้มากขึ้น และมีการปฏิบัติที่คงเดิม ไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง

ส่วนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การที่กลุ่มควบคุมมีทัศนคติที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อน และหลังการทดลอง อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างรู้ว่าผู้วิจัยต้องการวัดอะไร ทำให้กลุ่มควบคุมสามารถเลือกตอบได้ตามสิ่งที่คิดไว้ได้ เนื่องจากคำถามเกี่ยวกับทัศนคติสามารถคาดเดาได้ว่าเป็นทัศนคติเชิงบวกหรือทัศนคติเชิงลบได้ และอาจเกิดจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาแล้วทำให้มีอาการดีขึ้นกว่าเดิม เพราะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาด้วย จึงอาจทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกและทัศนคติที่ดีขึ้นได้

3. กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กันหลายรูปแบบ และมีผลซึ่งกันและกัน ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของครอบครัวผู้ดูแลที่ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับการความรู้ตามโปรแกรมการสอนมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการความรู้ตามปกติ^{11, 12, 13} สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จากการศึกษาในครั้งนี้อาจกล่าวได้ว่าการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ดูแลให้มีทัศนคติเชิงบวก ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเหมาะสมมากขึ้น สิ่งเหล่านี้เองจะส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับการเข้าใจและการดูแลที่เหมาะสมกับโรค ส่งผลให้ผู้ดูแล และครอบครัวมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการนำเสนอผลการศึกษากับกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อจะได้มีการนำเอาโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพนี้ไปปรับใช้กับพื้นที่ใกล้เคียงตามความเหมาะสม เพื่อให้สามารถขยายผลการศึกษาไปได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

1.2 มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตอาการของผู้ป่วย และการดูแลของครอบครัวผู้ดูแล

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การให้ความรู้ทางสุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นรายบุคคล ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดี และสามารถพูดคุยในแต่ละประเด็นได้อย่างเฉพาะเจาะจง แต่ต้องใช้เวลาและทรัพยากรมากในการจัดการให้ความรู้ ดังนั้น ควรมีการศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าของทรัพยากรมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการติดตามประเมินผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพในระยะเวลานานขึ้น เช่น มีการติดตามประเมินผลเมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือน หรือ 6 เดือน ด้วย

2.3 การวิจัยครั้งต่อไป ควรออกแบบศึกษาในการให้ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ กับผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในชุมชน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคข้อเข่าเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

References

1. Passer MW, Smith RE. Psychology: the science of mind and behavior. 3rd ed. New York : McGraw-Hill Publishing; 2007.
2. Lotrakul M. Suicide : management and prevention. Bangkok : Mahidol University; 2010. (In Thai)
3. Lueboonthavatchai O. and Lueboonthavatchai P. Psychosocial treatment for depressive disorder. Bangkok : Thanapress; 2010. (In Thai)

4. Ministry of Public Health. Clinical practice guideline of Major depressive disorder for General practitioner : CPG-MDD-GP. Nontaburi : Ministry of Public Health; 2010. (In Thai)
5. Somranwun S. A Study the role of family members in the care of patients with schizophrenia : a case study of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Bangkok : Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry; 2007. (In Thai)
6. Pongsopha V. Mental hygiene. Bangkok : Chulalongkorn University Press; 2010. (In Thai)
7. Eamsumang P. Effects of an Educational program on caregiver's knowledge, health care behaviors, and self-care behaviors of chronic renal failure patients [Thesis]. Chonburi : Burapha University; 2003. (In Thai)
8. Wongpanarak N. and Chaleoykitti S. Depression : A significant mental health problem of elderly. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2014; 15 : 24-31. (In Thai)
9. Magliano L, Fiorillo A. Psychoeducational family interventions for Schizophrenia in the last decade: from explanatory to pragmatic trials. Epidemiologia e Psichiatria Sociale 2007; 16 : 22-4.
10. Kongkum C. and Suttineam K. The effective of using Pre-Discharge program for Schizophrenic patients and caregiver of Somdet chaopraya hospital in Bangkok. Bangkok : Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry; 2002. (In Thai)
11. Arammuang A. Effects of educative supportive and participatory learning on caregivers' caring behavior for elderly people with diabetes mellitus. [Thesis]. Bangkok : Mahidol University; 2008. (In Thai)
12. Chaleoykitti S. Wongpanarak N. Family Therapy : Counseling and Empowerment of positive thinking in family. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2015; 16(1) : 14-21. (In Thai)
13. Pliankerd P. Depressive disorder : Nurs's rde in nursing care. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(1) : 18-21. (in Thai)