

**ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
ต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี**
**A study of using perceived self-efficacy promoting program at home on expressed
emotion of caregivers of person with schizophrenia,
Banlat District Phetchaburi Province**

บังเอิญ ทองสมนึก*

Bangearn Thongsomnuk

Corresponding author: E-mail: thongbangeran96@gmail.com

(Received: February 28, 2024; Revised: March 3, 2024; Accepted: March 28, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตามแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์ Paired-samples t-test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย : ผลการเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์ ในภาพรวมมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์มากกว่า 65.30 คะแนน (95%CI; 56.42, 74.18) ดังนั้น ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกทางอารมณ์อยู่ในระดับเหมาะสมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เสริมสร้างพลังอำนาจให้มีความสามารถในการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และมีความมั่นใจในตนเองที่จะแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ : โรคจิตเภท; ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท; โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

Abstract

Purposes : To study and compare the emotional expressions of caregivers of person with schizophrenia before and after receiving self-efficacy promoting program in caring for person with schizophrenia at home.

Study design : Quasi-experimental research: one group, pre-test and post-test.

Materials and Methods : The sample group consisted of 20 caregivers of person with schizophrenia at home. Data were collected using an interview form. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, maximum, minimum and paired-samples t test. Statistical significance was set at the .05 level.

Main finding : Comparative results of the emotional expressions of caregivers of person with schizophrenia at home between before and after the experiment. It was found that after the experiment, the sample group had an average score of emotional expression overall, it was significantly more than before the experiment ($p < .001$), with an average emotional expression score of more than 65.30 points (95%CI; 56.42, 74.18). Therefore, after receiving self-efficacy promoting program in caring for person with schizophrenia at home, the sample group had a significantly more appropriate level of emotional expressions ($p < .001$).

Conclusion and recommendation : The self-efficacy promoting program in caring for person with schizophrenia should be implemented in other areas. By promoting caregivers to have correct knowledge and understanding. Empowering caregivers to have the ability to face stress with a solution focus and have self-confidence to express emotions appropriately in caring for person with schizophrenia.

Keywords : Schizophrenia; Caregivers of person with schizophrenia; Self-efficacy promoting program

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงร่วมด้วย เป็นโรคที่พบมากที่สุดโรคทางจิตเวชด้วยกัน จากอุบัติการณ์การเกิดโรคพบ 0.1-0.5 ต่อ 1,000 ประชากร และพบในช่วงอายุ 15-54 ปี เป็นส่วนใหญ่¹ จากข้อมูลภาระโรคระดับโลกโดยสถาบัน Institute for Health Metrics and Evaluation ได้มีการรายงานจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความเจ็บป่วยและพิการ (Year Lived with Disability, YLDs) จากปี พ.ศ. 2533 ถึงปี พ.ศ. 2562 พบว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่ประชากรมีปัญหาทางด้านจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความเจ็บป่วยและพิการของโรคจิตเภทอยู่ในอันดับต้นๆ² ผู้ป่วยที่มาใช้บริการโรคจิตเภทย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2564 ของกรมสุขภาพจิต พบ 480, 422, 380, 401, 375, 026, 273, 817, 283, 065 และ 284, 273 คน ตามลำดับ โดยพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ.2560 ลดลงประมาณ 100,000 คน จากปี พ.ศ.2559 ในปี พ.ศ.2562-2564 มีแนวโน้มลดลง และเพิ่มขึ้นตามลำดับ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้น³

ปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือการป่วยซ้ำ เนื่องจากการป่วยซ้ำเป็นปัญหาซับซ้อน มีองค์ประกอบหลายอย่าง ทั้งอาการของโรคและสิ่งแวดล้อมที่เป็นบริบทของผู้ป่วย ในปัจจุบันมีแนวคิดว่าการครอบครัวยังคงเป็นประโยชน์ที่สำคัญและดีที่สุดสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงทางสายเลือดกับผู้ป่วย⁴ โดยดูแลตั้งแต่กึ่งวัตรประจำวัน การรับประทานยา การสังเกตอาการต่างๆ รวมทั้งการพาไปพบแพทย์เมื่อมีอาการกำเริบ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานานมักส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เนื่องจากต้องเผชิญกับปัญหาเดิมๆ เป็นเวลายาวนาน⁵ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระ เป้อหนาย และก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวได้ ตลอดจนส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ

ของครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยจิตเภทบางคนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม⁶

การแสดงออกทางอารมณ์ประกอบด้วยด้านลบ และด้านบวก การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ หมายถึงการแสดงรูปแบบของน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และความรู้สึก ประกอบด้วย 1) การวิพากษ์วิจารณ์ และ/หรือการใช้คำพูดที่แสดงถึงความไม่พอใจ ไม่ชอบ ไม่ยอมรับหรือเกลียดชังต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย การแสดงความเป็นมิตร เช่น การตำหนิติเตียน การไม่ยอมรับผู้ป่วย จิตเภทในฐานะบุคคลหนึ่ง ตำหนิวิจารณ์ มีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป เช่น มีความห่วงใยในผู้ป่วยมากเกินไป กังวล และ/หรือแสดงความเสียสละกระทำแทนผู้ป่วย ส่วนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก หมายถึงการแสดงในรูปแบบน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกที่แสดงความรักเป็นมิตร แสดงความห่วงใย ความเข้าใจ และมีความสนใจในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียง และกิริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ การแสดงความชื่นชม ความพอใจ เห็นชอบ การยกย่องชมเชย และการแสดงความชื่นชมยินดีต่อคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลจึงมีผลต่อผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมภายใน 9 เดือนผู้ป่วยมีโอกาสป่วยซ้ำมากถึงร้อยละ 58⁷

ปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 219 คน⁸ ผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสุทธิรัตน์ อุทัย⁹ มาพัฒนาโดยใช้การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของ Bandura¹⁰ ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ Danielson, Bissell and Fry¹¹ โดยจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อลดภาระการดูแล มีความรู้ความเข้าใจ สามารถเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เกิดความมั่นใจ และมีการ

แสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง (Quasi-experimental research: One group, Pre-test and Post-test) ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 219 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 20 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี 2) มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาแล้วมากกว่า 6 เดือน 3) มีระยะเวลาเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์มากกว่า 35 ชั่วโมง 4) มีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์อยู่ระหว่าง 1.00-2.49 คะแนน 5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ตามปกติ และ 6) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือเป็นผู้ป่วยจิตเวช และ 2) ผู้ที่มีปัญหาการได้ยิน และมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ

เกณฑ์การยกเลิกการศึกษาวิจัย (Discontinuation criteria) 1) มีการย้ายออกนอกพื้นที่อำเภอบ้านลาด ในระหว่างการศึกษาวิจัย และ 2) มีการเจ็บป่วย อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัย หรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ได้แก่ 1) ครั้งที่ 1 การกระตุ้นความพร้อมทางอารมณ์และสรีระ การให้ความรู้และคำแนะนำโดยการ

ชักจูงด้วยคำพูด 2) ครั้งที่ 2 การทบทวนความสำเร็จ การรับรู้ความสามารถของตนเองจากการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) ครั้งที่ 3 การกระตุ้นทางอารมณ์และสรีระ การพัฒนาทักษะการสื่อสาร และการผ่อนคลายความเครียด และ 4) ครั้งที่ 4 การทบทวนความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล และการเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น⁹⁻¹¹ ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา ลักษณะการทำงาน/อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์

2.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 28 ข้อ เป็นลักษณะให้พิจารณาข้อความว่าใช่หรือไม่ใช่ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom¹² คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับความรู้ต่ำ 0-16 คะแนน, คะแนนร้อยละ 60-79.99 ระดับความรู้ปานกลาง 17-22 คะแนน, คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับความรู้สูง 23-28 คะแนน

2.3 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ได้แก่ น้อยที่สุด มีค่า 1 คะแนน, น้อย มีค่า 2 คะแนน, ปานกลาง มีค่า 3 คะแนน, มาก มีค่า 4 คะแนน, มากที่สุด มีค่า 5 คะแนน¹³ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ใช้คะแนนสูงสุด (60 คะแนน) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (12 คะแนน) ทหารด้วย 3¹⁴ แปลผลดังนี้ คะแนน 12.00-28.00 มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่ำ, คะแนน 28.01- 44.00 มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาปานกลาง, คะแนน 44.01-60.00 มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาสูง วิเคราะห์ผลรายข้อโดยแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ข้างต้น แปลผลดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่ำ, คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40

มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามาก, คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด

2.4 ความมั่นใจในตนเอง จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ได้แก่ น้อยที่สุด มีค่า 1 คะแนน, น้อย มีค่า 2 คะแนน, ปานกลาง มีค่า 3 คะแนน, มาก มีค่า 4 คะแนน, มากที่สุด มีค่า 5 คะแนน¹³ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ใช้คะแนนสูงสุด (65 คะแนน) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (13 คะแนน) หารด้วย 3¹⁴ แปลผลดังนี้ คะแนน 13.00-30.33 มีความมั่นใจในตนเองต่ำ, คะแนน 30.34-47.66 มีความมั่นใจในตนเองปานกลาง, คะแนน 47.67-65.00 มีความมั่นใจในตนเองสูง วิเคราะห์ผลรายข้อโดยแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ข้างต้น แปลผลดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 มีความมั่นใจในตนเองน้อยที่สุด, คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 มีความมั่นใจในตนเองน้อย, คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 มีความมั่นใจในตนเองปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 มีความมั่นใจในตนเองมาก, คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 มีความมั่นใจในตนเองมากที่สุด

2.5 การแสดงออกทางอารมณ์ จำนวน 33 ข้อ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ได้แก่ น้อยที่สุด มีค่า 1 คะแนน (ด้านลบ มีค่า 5 คะแนน), น้อย มีค่า 2 คะแนน (ด้านลบ มีค่า 4 คะแนน), ปานกลาง มีค่า 3 คะแนน (ด้านลบ มีค่า 3 คะแนน), มาก มีค่า 4 คะแนน (ด้านลบ มีค่า 2 คะแนน), มากที่สุด มีค่า 5 คะแนน (ด้านลบ มีค่า 1 คะแนน)¹³ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ใช้คะแนนสูงสุด (165 คะแนน) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (33 คะแนน) หารด้วย 3¹⁴ แปลผลดังนี้ คะแนน 33.00-77.00 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับต้องปรับปรุง, คะแนน 77.01-121.00 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับพอใช้, คะแนน 121.01-165.00 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับเหมาะสม วิเคราะห์ผลรายข้อโดยแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ข้างต้น

แปลผลดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมน้อยที่สุด, คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมน้อย, คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมมาก, คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมมากที่สุด

1) การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ จำนวน 20 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ใช้คะแนนสูงสุด (100 คะแนน) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (20 คะแนน) หารด้วย 3¹⁴ แปลผลดังนี้ คะแนน 20.00-46.66 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับต้องปรับปรุง, คะแนน 46.67-73.32 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับพอใช้, คะแนน 73.33-100.00 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับเหมาะสม

2) การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก จำนวน 13 ข้อ วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ใช้คะแนนสูงสุด (65 คะแนน) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (13 คะแนน) หารด้วย 3¹⁴ แปลผลดังนี้ คะแนน 13.00-30.33 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับต้องปรับปรุง, คะแนน 30.34-47.66 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับพอใช้, คะแนน 47.67-65.00 มีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับเหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในอำเภอนองพญาปล้อง จังหวัดเพชรบุรี โดยทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 3 คน และนำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผลการวิเคราะห์ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอนองพญาปล้อง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 20 คน เพื่อดูความเข้าใจในเนื้อหา และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ โดยใช้ KR-20¹⁵ สำหรับวิเคราะห์

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.916 และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹⁶ สำหรับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา, ความมั่นใจในตนเอง และการแสดงออกทางอารมณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.904, 0.937 และ 0.923 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว และอธิบายให้ทราบว่าผู้วิจัยกำลังศึกษาเรื่อง การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบว่าขณะนี้กำลังอยู่ในขั้นตอนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยทำแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์แล้วผลปรากฏว่ามีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมคือมีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-2.49 คะแนน และผู้ดูแลผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา แบบวัดความมั่นใจในตนเอง และแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ หลังจากนั้นจึงดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จำนวน 4 ครั้ง โดยดำเนินการระหว่างวันที่ 5 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567 เมื่อดำเนินการตามโปรแกรมฯ ครบถ้วนทั้ง 20 คน แล้วจึงเก็บข้อมูลหลังการใช้โปรแกรมฯ ตามแบบวัดข้างต้นอีกครั้ง โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 7-15 กุมภาพันธ์ 2567

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และความมั่นใจในตนเอง และตัวแปรตาม ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด

(Minimum) 2) ทดสอบเพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ความมั่นใจในตนเอง และการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้สถิติ Paired-samples t-test และ 3) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คมจ.พบ. 045/2566 ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด โดยแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า มีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามในบางข้อ และให้ความมั่นใจว่า ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 14 คน (70.00%) มีอายุเฉลี่ย 47.55 ปี (SD.=12.31) ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 51 ปีขึ้นไป จำนวน 11 คน (55.00%) โดยอายุต่ำสุดเท่ากับ 26 ปี อายุสูงสุดเท่ากับ 59 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือเป็นบิดา/มารดา มากที่สุดจำนวน 10 คน (55.00%) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษาจำนวน 12 คน (60.00%) อาชีพ/ลักษณะงานที่ทำส่วนใหญ่คือรับจ้างจำนวน 12 คน (60.00%) มีรายได้ในครอบครัวไม่เพียงพอทั้ง 20 คน (100.00%) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 12.85 ปี (SD.=6.73) โดยมีระยะเวลาดูแลต่ำสุดเท่ากับ 2 ปี ระยะเวลาดูแลสูงสุดเท่ากับ 20 ปี และมีระยะเวลาพูดคุยอยู่ด้วยกันหรือทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วยในแต่ละวัน

เฉลี่ย 10 ชั่วโมง (SD.=2.24) โดยมีระยะเวลาต่ำสุด 6 ชั่วโมง ระยะเวลาสูงสุด 15 ชั่วโมง

2. ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง (90.00%) (Mean=19.10, SD.=2.14) ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ โรคจิตหมายถึงโรคที่มีผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดจากคนทั่วไป (ใช่) (100.00%) ข้อที่ตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ คนที่เป็นโรค จิตเภททุกคนจะคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายคนอื่น (ไม่ใช่) (65.00%) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก (100.00%) (Mean=23.85, SD.=1.08) ข้อที่ตอบถูกร้อยละ 100.00 มีจำนวน 9 ข้อ และข้อที่ตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ ถ้าผู้ป่วยแยกตัวไม่สังคมกับใครไม่ควรเข้าไปรบกวนผู้ป่วย (ไม่ใช่) และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ควรให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเฉยๆ เพื่อจะได้ไม่รบกวนผู้อื่น (30.00%) สรุปได้ว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

3. ผลการวิเคราะห์การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา พบว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง (95.00%) (Mean=32.75, SD.=2.99) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทำให้ท่านจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น (Mean=2.85, SD.=.55) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านใช้ความพยายามอย่างมากในการจัดการกับความเครียด (Mean=2.50, SD.=.60) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับมาก (Mean=49.95, SD.=1.79) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทำให้ท่านจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น (Mean=4.25, SD.=.71) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านพยายามควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ให้ลุกลาม (Mean=3.90,

SD.=.64) สรุปได้ ว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

4. ผลการวิเคราะห์ความมั่นใจในตนเอง พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความมั่นใจในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (95.00%) (Mean=39.10, SD.=3.71) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านมักปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ท่านต้องการรู้ (Mean=3.20, SD.=.61) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านมีความรู้เรื่องการดูแลรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี (Mean=2.90, SD.=.55) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนความมั่นใจในตนเองอยู่ในระดับมาก (Mean=53.40, SD.=3.47) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านมักปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ท่านต้องการรู้ (Mean=4.35, SD.=.48) และท่านมีความพอใจในความเป็นอยู่ของครอบครัว (Mean=4.35, SD.=.41) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านมีความรู้เรื่องการดูแลรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี (Mean=3.90, SD.=.55) และท่านสามารถพูดต่อหน้าคนจำนวนมากโดยไม่ประหม่า (Mean=3.90, SD.=.55) สรุปได้ว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

5. ผลการวิเคราะห์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ พบว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับต้องปรับปรุง (90.00%) (Mean=36.95, SD.=8.82) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ คิดว่าคงจะดีหากผู้ป่วยตายไป (Mean=2.65, SD.=1.18) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ อยากให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลตลอดไป (Mean=1.30, SD.=.47) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับเหมาะสม (90.00%) (Mean=84.10, SD.=8.54) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ คิดว่าคงจะดีหากผู้ป่วยตายไป (Mean= 4.50, SD.=.51) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ไม่ชอบพฤติกรรมหลายๆ อย่างของผู้ป่วย (Mean=3.90, SD.=.85) สรุปได้ว่า ภายหลังการได้รับ

โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับเหมาะสมมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

6. ผลการวิเคราะห์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก พบว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกอยู่ในระดับต้องปรับปรุง (50.00%) (Mean=33.75, SD=11.17) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ฝ่าฝืนกฏให้ผู้ป่วยหาย (Mean=3.55, SD=.94) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ เมื่อได้รับคำแนะนำผู้ป่วยจะพยายามทำตาม (Mean=1.60, SD=1.18) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกอยู่ในระดับเหมาะสม (Mean=51.90, SD=3.26)

ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ รู้สึกดีเมื่อเห็นผู้ป่วยมีความสุข (Mean=4.20, SD=.41) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ รู้สึกรักผู้ป่วย (Mean=3.70, SD=.57) สรุปได้ว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกอยู่ในระดับเหมาะสมมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

7. ผลการวิเคราะห์การแสดงออกทางอารมณ์ในภาพรวม พบว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์อยู่ในระดับต้องปรับปรุง (75.00%) (Mean=70.70, SD=13.95) ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการแสดงออกทางอารมณ์ในภาพรวมอยู่ในระดับเหมาะสม (Mean=136.00, SD=9.17) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์โดยรวมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

ระดับการแสดงออกทางอารมณ์โดยรวม	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	จำนวน(%)	จำนวน(%)
ต้องปรับปรุง (33.00-77.00 คะแนน)	15(75.00)	0(0.00)
พอใช้ (77.01-121.00 คะแนน)	5(25.00)	0(0.00)
เหมาะสม (121.01-165.00 คะแนน)	0(0.00)	20(100.00)
ก่อนการได้รับโปรแกรม (Mean=70.70, SD=13.95) (Min=43.00, Max=96.00)		
หลังการได้รับโปรแกรม (Mean=136.00, SD=9.17) (Min=123.00, Max=154.00)		

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์โดยรวม มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ย

การแสดงออกทางอารมณ์มากกว่า 65.30 คะแนน (95%CI; 56.42, 74.18) ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์โดยรวมระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

การแสดงออกทางอารมณ์โดยรวม	n	Mean(SD.)	Mean difference	95% CI	p
ก่อนการได้รับโปรแกรม	20	70.70(13.95)	-65.30	56.42, 74.18	<.001
หลังการได้รับโปรแกรม	20	136.00(9.17)			

วิจารณ์

ภายหลังของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น และมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และด้านบวกเหมาะสมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ Bandur¹⁰ ได้ให้คำจำกัดความของการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งมีปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 ปัจจัย ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จในอดีต การรับรู้ประสบการณ์ของผู้อื่น การมุ่งใจด้วยคำพูด และสถานะทางอารมณ์ นอกจากนี้ Luthans F¹⁷ อธิบายการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มเติมว่า กระบวนการรับรู้ความสามารถของตนเองจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของระบบการตัดสินใจทั้งทางตรงและทางอ้อมของบุคคลในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การเลือกกระทำพฤติกรรม บุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูงจะเลือกงานที่ทำหายและใช้ความสามารถ และมีแรงจูงใจอย่างสูงในการทำงานให้สำเร็จ เกิดความพยายามในการทำงาน แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยความยืดหยุ่น การใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ ได้แก่ การกระตุ้นความพร้อมทางอารมณ์และสรีระ การให้ความรู้และคำแนะนำโดยการซักถามด้วยคำพูด การทบทวนความสำเร็จ การรับรู้ความสามารถของตนเองจากการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ การกระตุ้นทางอารมณ์และสรีระ การพัฒนาทักษะการสื่อสาร การผ่อนคลายความเครียด การทบทวนความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล และการเสริมความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้านลบ และด้านบวกอย่างเหมาะสม ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำ⁷

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัดธญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค¹⁸ ที่พบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเหมาะสมสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา จันทร์เพ็ญ และเพ็ญพัทธ์ ฤทธิศ¹⁹ ที่พบว่าผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ มานิตา ศิริพัฒน์ และจินตนา ยูนิพันธ์²⁰ ที่พบว่าผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเหมาะสมสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดสาคร จำมัน และคณะ²¹ ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการความเครียดส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรศักดิ์ ประจงบัว และคณะ²² ที่พบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอย่างเหมาะสม และ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิษามณชน สอนกระจำ²³ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วมเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีความสามารถในการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และเสริมสร้างพลังอำนาจ

ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความมั่นใจในตนเองที่จะแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท โดยเปรียบเทียบระหว่างชุมชนในเขตชนบท และชุมชนในเขตเมือง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านลาด ที่ได้สนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณอาจารย์ชยา เครื่องทิพย์ นักวิชาการอิสระ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้สถิติในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
2. ณัฐพร โตทะ. โรคจิตเภทกับจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความเจ็บป่วยและการพิการ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.theprachakorn.com/newsDetail.php?id=668#:~:text>
3. กรมสุขภาพจิต. สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศกองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. สุนทรีภรณ์ ทองไสย. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการพยาบาล. 2558;42(3):159-67.
5. อนันต์ตรี สมิทธิฐานตรา. การเผชิญปัญหา และการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560;11(3):43-56.
6. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. การบำบัดครอบครัว: บทบาทของพยาบาลจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2558;29(1):1-13.
7. Brown G W, Birley J L, Wing J K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. The British Journal of Psychiatry. 1972;121(562):241-58.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 สิงหาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://pbi.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
9. สุทธิรัตน์ อุทัย. การศึกษาการใช้กลุ่มส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
10. Bandura, Albert. Social learning theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
11. Danielson C B, Hamel-Bissell B, Winstead-Fry P. Family health & illness perspective on coping and intervention. St. Louis: Mosby-Yearbook Inc; 1993.
12. Bloom B S. Human characteristics and school learning. New York: Mc Graw-Hill; 1976.
13. อัจฉรา ประเสริฐสิน. เครื่องมือการวิจัยทางการศึกษาและสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
14. Best J W. Research in Education. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc; 1986.
15. บุญชัย เมฆแก้ว. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาชุดช่วยวิเคราะห์ข้อมูลแบบเรียลไทม์หาค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ (KR-20). พังงา: วิทยาลัยชุมชนพังงา; 2562.
16. Cronbach, Lee J. Educational Psychology. New York: Harcourt Brace Jevanovich; 1977.

17. Luthans F. Organization Behavior. New York: McGraw-Hill; 2007.
18. ทัดชญา สมประดิษฐ์, รัชนิกร เกิดโชค. ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2558;29(2):89-102.
19. มัลลิกา จันทรเพ็ญ, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2560;31(3):126-40.
20. มานิตา ศิริพัฒน์, จินตนา ยูนิพันธุ์. ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2561;30(3):78-90.
21. สุดสาคร จำมัน, นพพร ว่องสิริมาศ, วาริรัตน์ ถาน้อย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2563;34:62-76.
22. จิรศักดิ์ ประจงบัว, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ภรภัทร เสงอุตมทรัพย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2563;31(1):93-103.
23. ธิชามณณ์ สวนกระจำง. ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.