

การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและมุมมองด้าน

บวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

The Development of the Health Belief Enhancement Program on Health Belief Perception and Positive Aspects of Caregiving among Caregivers of Patients with Schizophrenia

อุไรวรรณ เกิดสังข์

Uraiwan Kertsangs

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

Suansaranrom Psychiatric Hospital, Thailand

Corresponding author E-mail: nootnaka57@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-9035-4293>

Received 12/04/2023

Revised 24/03/2023

Accepted 29/04/2023

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ ขณะเดียวกันมีหลายครอบครัวที่สามารถให้การดูแลได้ด้วยความเข้าใจ และให้การยอมรับ การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับมุมมองด้านบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาข้อมูลด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อร่างโปรแกรม 2) พัฒนาโปรแกรมต้นแบบ และ 3) ทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม ครอบคลุม 5 ขั้นตอน คือ 1) การวิจัยเชิงคุณภาพ และทบทวนองค์ความรู้ 2) สร้างและออกแบบร่างโปรแกรม 3) จัดทำร่างโปรแกรมต้นแบบเบื้องต้น 4) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรม 5) ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก และ 5) ทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรม 5) ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่มวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบประเมินการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท 2) แบบประเมินมุมมองด้านบวกจากการดูแล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 และ .88 ตามลำดับ และ 3) โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่า IOC เท่ากับ .89 ดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุคูณ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ โปรแกรม

[299]

Citation:



อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2566). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ, 3 (3), 299-320.

Kertsangs, U., (2023). The Development of the Health Belief Enhancement Program on Health Belief Perception and Positive Aspects of Caregiving among Caregivers of Patients with Schizophrenia. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 3 (3), 299-320; DOI: <https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131>

ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับมุมมองด้านบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และมุมมองด้านบวกจากการดูแล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท และมุมมองด้านบวกจากการดูแลพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท และมุมมองด้านบวกจากการดูแลระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท และมุมมองด้านบวกจากการดูแล ในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สรุปผลการวิจัย โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับมุมมองด้านบวก สามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและเกิดมุมมองด้านบวกต่อการดูแลเพิ่มขึ้น เข้าใจการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุข สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมดังกล่าวเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ดูแลให้สามารถเผชิญปัญหาด้วยทัศนคติทางบวก และเกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ; มุมมองด้านบวกจากการดูแล; โรคจิตเภท; ผู้ดูแล

Abstract

Schizophrenia is a chronic psychiatric disease with severe mental illness and thus is a major public health problem in the country. The caregivers feel the burden of caring for schizophrenic patients, feel bored, and discouraged. At the same time, some families can provide care with understanding and acceptance. The purposes of this research and development were: 1) to develop the health belief enhancement program with the positive aspects of caregiving, 2) to compare the health belief perception in schizophrenia and positive aspects of caregiving before and after receiving the program, and at one-month follow-up periods. The study is composed of 3 phases; 1) the qualitative research and literature reviewed, 2) developing and creating a prototype program, and 3) testing the effectiveness of the program developed. These were covered 5 steps including 1) a qualitative study and literature review, 2) creating the draft program, 3) developing the prototype program, 4) testing the effect of the program in small sample size and improvement, 5) testing the effectiveness of the program in the large sample size which two group pre-test post-test quasi-experimental research. Subjects were 40 caregivers of schizophrenic patients selected by purposive sampling and assigned into the experimental and the control groups with 20 subjects in each group. The instruments were: 1) the health belief perception in schizophrenia inventory, and 2) the

[300]

Citation:



อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2566). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ, 3 (3), 299-320.

Kerdsangs, U., (2023). The Development of the Health Belief Enhancement Program on Health Belief Perception and Positive Aspects of Caregiving among Caregivers of Patients with Schizophrenia. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 3 (3), 299-320; DOI: <https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131>

positive aspects of caregiving inventory. The Cronbach's alpha coefficient reliability was .93 and .88, respectively, and 3) the health belief enhancement program with the positive aspects of caregiving developed by the researcher which IOC .89. The program implemented 2 sessions once a week, for 4 weeks. The qualitative data were analyzed using content analysis. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, MANOVA, and repeated measurement ANOVA. The program developed based on the health belief model and the positive aspects of the caregiving concept consisted of 3 steps 8 sessions. The study of the effectiveness of the program revealed that the mean score of the health belief perception in schizophrenia and the positive aspects of caregiving in the experimental group after receiving the program and at one-month follow-up periods were significantly higher than that before, at .001, and the mean score of the health belief perception in schizophrenia and the positive aspects of caregiving after receiving the program and at one month follow-up periods of the experimental group were significantly higher than that of the control group at .001. These findings suggested that the program can help caregivers increase their health beliefs, the positive aspects of caregiving, and know how to care the patients with schizophrenia. Therefore, health providers can apply the program to prepare caregivers to cope with problems with a positive attitude and continuous care.

Keywords: Health Belief Perception; Positive Aspects of Caregiving; Schizophrenia; Caregivers

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง และพบบ่อยที่สุด อัตราความชุกประมาณร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5 - 5 : 1,000 คนต่อปี (Mac Grath et al., 2008) โดยพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกกว่า 21 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน ในประชากรวัยผู้ใหญ่ (WHO, 2018) ในประเทศไทย พบความชุกของโรค ประมาณ 8.8 ต่อ 1,000 คน (Phanthunane et al, 2010) ลักษณะโรคจะมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมรุนแรงจะมีลักษณะหุนหันพลันแล่น (Reddy et al., 2014) ส่งผลกระทบและเป็นอันตรายทั้งตัวผู้ป่วย บุคคลอื่น และทรัพย์สิน ทั้งในครอบครัว ชุมชนและสังคม (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2557) ต้องเพิ่มภาระในการดูแลของผู้ดูแลและชุมชน (Citrome & Volavka, 2015) โรคจิตเภทจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ (กรมสุขภาพจิต, 2560) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก จัดให้โรคจิตเภทเป็น

[301]

Citation:



อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2566). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ, 3 (3), 299-320.

Kerdsangs, U., (2023). The Development of the Health Belief Enhancement Program on Health Belief Perception and Positive Aspects of Caregiving among Caregivers of Patients with Schizophrenia. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 3 (3), 299-320; DOI: <https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131>

1 ใน 3 ของโรคที่มีผลทำให้สูญเสียความสามารถมากที่สุด (Rossler et al., 2005) หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ หรืออาการกำเริบ

การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดูแลมีความยุ่งยากในการดูแล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ขาดการเอาใจใส่จากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม อีกทั้งได้รับการตีตราจากสังคม ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะพัฒนาทักษะการดูแลจากประสบการณ์ลองผิดลองถูกของตนเอง ซึ่งอาจทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพมากนัก (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) ปัจจุบันแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เปลี่ยนจากการดูแลในโรงพยาบาลสู่การดูแลในชุมชน มุ่งเน้นส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัว และชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น จึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในครอบครัว ด้วยโรคจิตเภทเป็นโรคที่เจ้าของสุขภาพไม่สามารถทำหน้าที่ในการดูแลตนเองได้เต็มศักยภาพ ด้วยข้อจำกัดทางสมองที่เสื่อมถอย และมีความบกพร่อง การนำผู้ดูแลเข้ามาช่วยเหลือดูแล เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท โดยการเตรียมความพร้อมทั้งด้านกระบวนการทางปัญญาและจิตใจให้ตระหนักถึงพฤติกรรมสุขภาพที่จะมีผลต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ตามกรอบแนวคิดของ Rosenstock ซึ่งเป็นแนวคิดที่อธิบายถึงพฤติกรรมของคนเพื่อป้องกันและรักษาโรค ว่าขึ้นอยู่กับองค์ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ อุปสรรค สิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติ การรับรู้ในความสามารถของตนเอง และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อหลีกเลี่ยง หรือเลือกปฏิบัติให้ดีที่สุด อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตามกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al., 1988 ; อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เปื่อหน่าย ท้อแท้ ขณะเดียวกันมีหลายครอบครัวที่สามารถให้การดูแลได้ด้วยความรู้ความเข้าใจ และให้การยอมรับ ทั้งนี้เพราะได้รับการสนับสนุนองค์ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแล ได้รับคำปรึกษา สุขภาพจิตศึกษา ให้มีทัศนคติที่ดี เกิดความพร้อมในการดูแล จะเห็นว่า ผลกระทบต่อผู้ดูแลมีทั้งด้านบวกและลบ จากการศึกษที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่มีผลลบ ผลกระทบทางด้านลบ และการจัดการความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งไม่เพียงพอ (Parker et al., 2008) แต่ผู้ดูแลต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแล จากการค้นหาแนวทางการส่งเสริมมุมมองด้านบวกในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบว่า แนวคิดมุมมองด้านบวกจากการดูแล สามารถช่วยอธิบายปรากฏการณ์ของผู้ดูแลและนำไปสู่กลวิธีในการสนับสนุนมุมมองด้านบวกได้ (Tarlow et al, 2004; Pankong & Pothiban, 2018) ซึ่งมุมมองด้านบวกจากการดูแลเป็นมุมมองที่ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกเชิงลบ เป็นการเสริมสร้างความรู้สึกที่ดี มีความพึงพอใจ และมีความสุขจากการปฏิบัติบทบาทของตนเอง (Tarlow et al, 2004)

[302]

Citation:



อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2566). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ, 3 (3), 299-320.

Kerdsangs, U., (2023). The Development of the Health Belief Enhancement Program on Health Belief Perception and Positive Aspects of Caregiving among Caregivers of Patients with Schizophrenia. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 3 (3), 299-320; DOI: <https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131>

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับมุมมองด้านบวกจากการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท และเกิดมุมมองด้านบวกจากการดูแล ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ ลดความรุนแรง ตลอดจนการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวให้การยอมรับ และอาศัยอยู่ร่วมกันบนพื้นฐานความเข้าใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับมุมมองด้านบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ มุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผล ของผู้ดูแลกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับมุมมองด้านบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งกล่าวว่า บุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านกระบวนการทางปัญญาและจิตใจ และตระหนักถึงว่าพฤติกรรมดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพตนเอง ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จากการรับรู้ หรือความเชื่อและสิ่งจูงใจ ซึ่งมี 7 องค์ประกอบ คือ 1) รับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค 2) รับรู้ความรุนแรงของโรค 3) รับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ 4) รับรู้อุปสรรค ภาวะคุกคาม ค่าใช้จ่าย 5) สิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติ 6) ปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้อง 7) รับรู้ความสามารถของตนเอง สิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตามกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al., 1988; อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) มาประยุกต์ร่วมกับมุมมองด้านบวกจากการดูแล (positive aspects of caregiving: PAC) ซึ่งเป็นแนวคิดมุมมองด้านจุดแข็ง การเสริมสร้างความรู้สึที่ดี ความพึงพอใจ และความสุขจากการทำบทบาทของตนเอง ซึ่งส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก ด้านลบเป็นการยินดีต่อการดูแล รับรู้ถึงประโยชน์จากการดูแล ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้ความสำเร็จที่เกิดจากการดูแล พัฒนาการของตนเองที่เพิ่มขึ้น 2) การรับรู้ความรู้สึกในแง่ดีจากการดูแล รู้สึกถึงคุณค่าของผู้ให้ ผู้เสียสละ พื่อใจ อิ่มเอมใจในบทบาท และความรู้สึกซาบซึ้งจากผู้รับการดูแล และ 3) การรับรู้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลที่เกิดจากการดูแล เป็นความรู้สึกถึงความรัก ความผูกพันที่เกิดเป็นความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล (Lawang & Sunsern, 2016; Tarlow et al, 2004; Pankong et al., 2016) รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ดูแล สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพประกอบที่ 1

[303]

Citation:



อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2566). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ, 3 (3), 299-320.

Kerdsangs, U., (2023). The Development of the Health Belief Enhancement Program on Health Belief Perception and Positive Aspects of Caregiving among Caregivers of Patients with Schizophrenia. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 3 (3), 299-320; DOI: <https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131>

ตัวแปรต้น

โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับมุมมองด้านบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ความตระหนักรู้และเจตคติ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และอิทธิพลของความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 ผลกระทบของโรคจิตเภทต่อครอบครัวผู้ดูแล “เปลี่ยนพลังลบสร้างพลังบวก”

ขั้นที่ 2 สร้างพลังความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ

กิจกรรมที่ 3 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงในโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 5 ประโยชน์ของการรักษา การดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมที่ 6 ปัญหาอุปสรรค และการจัดการปัญหา

ขั้นที่ 3 สร้างประสบการณ์ด้านบวก

กิจกรรมที่ 7 สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ ประสบการณ์ด้านบวก และบทบาทจากการดูแล

กิจกรรมที่ 8 การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลตนเอง

ตัวแปรตาม

1. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท
2. มุมมองด้านบวกจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขโครงการ SSR REC 3/2565 วันที่ 5 กรกฎาคม 2565 วิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤษภาคม 2565 ถึงเมษายน 2566 ครอบคลุม 3 ระยะ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อร่างโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ และทบทวนองค์ความรู้ โดยศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภทของผู้ดูแล และมุมมองด้านบวกจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 8 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ คือ แนวคำถามการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผลการศึกษา พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภทที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้ ด้านการรับรู้ความเสี่ยงของโรค เกิดจากการรักษาไม่ต่อเนื่อง ใช้สารเสพติด และการไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต นำไปสู่การป่วยซ้ำของโรค การเข้ารับบริการที่ล่าช้า และดูแลไม่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงไปสู่การรับรู้ความรุนแรงต่อสุขภาพทั้งของตนเองและผู้อื่น ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ การรับรู้

[304]

Citation:



อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2566). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ, 3 (3), 299-320.

Kerdsangs, U., (2023). The Development of the Health Belief Enhancement Program on Health Belief Perception and Positive Aspects of Caregiving among Caregivers of Patients with Schizophrenia. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 3 (3), 299-320; DOI: <https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131>

ประโยชน์ของการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และอุปสรรคของการดูแลสุขภาพ การรับรู้สิ่งกระตุ้นใจให้ปฏิบัติจากอิทธิพลทางสังคม เช่น การได้รับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง การได้รับคำแนะนำ ปรีกษา การให้กำลังใจ ลงมือปฏิบัติด้วยกัน ตลอดจนการแสดงความสามารถของตนเองด้วยการเติมพลังบวก การมีมุมมองทางบวกจากการดูแล โดยรับรู้บทบาทและหน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย จิตเภทซึ่งเป็นคนในครอบครัว รับรู้ว่าตนมีประโยชน์และเป็นคนสำคัญที่ต้องให้การดูแล และเป็นผู้ป่วยยังคงต้องการให้ช่วยเหลือ เมื่อได้ทำหน้าที่เป็นอย่างดีบนพื้นฐานความเข้าใจ มีเจตคติที่ดี ผู้ป่วยก็จะมีอาการที่ดีขึ้น แต่บางครั้งผู้ดูแลรู้สึกเครียด เหนื่อยล้า การปล่อยวางความคิด พักผ่อนร่างกาย จะเป็นพลังสำคัญที่จะกลับไปเริ่มใหม่ได้ และหากได้รับคำแนะนำปรีกษาที่ดีจากเจ้าหน้าที่ ได้รับการช่วยเหลือจากชุมชนจะเป็นพลังสำคัญที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเข้าใจ และไม่โดดเดี่ยวในการดูแล

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรม โดยนำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และมุมมองด้านบวกจากการดูแล ร่วมกับการประชุมทีมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำร่างโปรแกรมต้นแบบเบื้องต้น (prototype) ประกอบด้วย โครงสร้างเนื้อหา กิจกรรม วัตถุประสงค์ และสร้างแบบประเมินการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมต้นแบบ

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก และปรับปรุงแก้ไข เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรค จิตเภท ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่า IOC เท่ากับ .91 และค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .93 แบบประเมินมุมมองด้านบวกจากการดูแล (Pankong et al., 2016) มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .88 และโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับมุมมองด้านบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพเนื้อหาด้านความตรง ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของเวลา ภาษาที่ใช้ รูปแบบของกิจกรรม ลำดับเนื้อหา และให้ค่าสอดคล้องระหว่างเนื้อหาของหัวข้อความรู้และวัตถุประสงค์ (The index of Item-Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.89 นำโปรแกรมที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรม ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{x} = 27.72$, $SD = .832$) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{x} = 18.06$, $SD = 1.59$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และคะแนนมุมมองด้านบวกจากการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{x} = 3.89$, $SD = .280$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{x} = 2.78$, $SD = .252$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม ฯ

ขั้นตอนที่ 5 ทำการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม ฯ ด้วยรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 เป็น F20 จำนวน 40 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect) เท่ากับ .4 (Cohen, 1988) ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .9 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 36 คน และพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 10% เพื่อทดแทนการสูญหาย ทำให้มีขนาดตัวอย่างเท่ากับ 40 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับมุมมองด้านบวก ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม แบ่งเป็นภาคเช้า 1 กิจกรรม ภาคบ่าย 1 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการตามปกติ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการรักษาอาการทางจิต การจัดการดูแลให้รับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการติดตามผลการรักษาต่อเนื่องในการมาตรวจรับบริการครั้งต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้

1.2. แบบประเมินการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถาม 60 ข้อครอบคลุม 6 ประเด็น ๆ ละ 10 ข้อ ดังนี้ 1) การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 2) การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจิตเภท 3) การรับรู้ประโยชน์ต่อการรักษาโรคจิตเภท 4) การรับรู้อุปสรรคต่อการเจ็บป่วยในโรคจิตเภท 5) การรับรู้ความสามารถ และ 6) การรับรู้สิ่งกระตุ้นจิตใจให้ปฏิบัติกรดูแล คำตอบเป็นมาตรวัดของลิเคิร์ต ประมาณค่า 5 ระดับ

1.3. แบบประเมินมุมมองด้านบวกจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบประเมินด้านบวกจากการดูแลของ Pankong et al. (2016) พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยจากแบบมุมมองด้านบวกจากการดูแลของ Tarlow et al. (2004) นำมาใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม มีข้อคำถาม 9 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการยืนยันความรู้สึกเชิงบวกจากการดูแล ประกอบด้วย 1) ตนเองมีประโยชน์มากขึ้น 2) ได้ตอบแทนบุญคุณบุคคลที่รัก 3) ตนเองยังมีคนที่ต้องการ 4) ได้รับการขอบคุณอย่างซาบซึ้ง 5) ตนเองมีความสำคัญ 6) มี

[306]

Citation:



อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2566). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ, 3 (3), 299-320.

Kerdsangs, U., (2023). The Development of the Health Belief Enhancement Program on Health Belief Perception and Positive Aspects of Caregiving among Caregivers of Patients with Schizophrenia. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 3 (3), 299-320; DOI: <https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131>

ความเข้มแข็งและเชื่อมั่น และด้านการมองชีวิตด้านบวก ประกอบด้วย 7) ชื่นชมชีวิตมากขึ้น 8) พัฒนาทัศนคติด้านบวกต่อชีวิต 9) มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น คำตอบเป็นมาตรวัดของลิเคิร์ท ประมาณค่า 5 ระดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับมุมมองด้านบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นโปรแกรมการฝึกอบรม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al., 1988) มาประยุกต์ร่วมกับมุมมองด้านบวกจากการดูแล (Tarlow et al, 2004 ; Pankong et al., 2016) ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดังนี้ ขั้นที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ความตระหนักรู้และเจตคติ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และอิทธิพลของความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 ผลกระทบของโรคจิตเภทต่อครอบครัวผู้ดูแล “เปลี่ยนพลังลบ สร้างพลังบวก” ขั้นที่ 2 สร้างพลังความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ กิจกรรมที่ 3 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 4 โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงในโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 5 ประโยชน์ของการรักษา การดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และแหล่งสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมที่ 6 อุปสรรค และการจัดการปัญหา ขั้นที่ 3 สร้างประสบการณ์ด้านบวก กิจกรรมที่ 7 สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ ประสบการณ์ด้านบวก และบทบาทจากการดูแล กิจกรรมที่ 8 การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับมุมมองด้านบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม แบ่งเป็นภาคเช้า 1 กิจกรรม ภาคบ่าย 1 กิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยประเมินการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท และประเมินมุมมองด้านบวกจากการดูแล 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังทดลองทันที และ ติดตามผล 1 เดือน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุคูณ (Multivariate Analysis of Variance : MANOVA) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measurement ANOVA)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 82.50 และเป็นเพศชายจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 17.50 จำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมามีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 32.50 จำแนกตามประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ อยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมา มีประสบการณ์ อยู่ระหว่าง 6 - 10 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 35 จำแนกตามสถานภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 90 จำแนกตาม

[307]

Citation:



อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2566). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ, 3 (3), 299-320.

Kerdsangs, U., (2023). The Development of the Health Belief Enhancement Program on Health Belief Perception and Positive Aspects of Caregiving among Caregivers of Patients with Schizophrenia. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 3 (3), 299-320; DOI: <https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131>

ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 35 จำแนกตามการประกอบอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นเกษตรกร จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาอาชีพรับจ้าง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 25 มีรายได้ต่อเดือน 5,001–10,000 บาท จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 67.50 รองลงมามีรายได้ต่อเดือน 0–5,000 บาท จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 20

2. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measurement ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท และมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแล ระหว่างระยะการวัดผล ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม ฯ ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท และมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแล ระหว่างระยะการวัดผล 3 ระยะ ในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน		SS	df	MS	F	p-value
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท	ภายในกลุ่ม	การวัดผล	27.22	1.40	19.38	689.90	.000
		Error	0.75	26.68	0.03		
มุมมองด้านบวกจากการดูแล	ภายในกลุ่ม	การวัดผล	23.49	2	11.75	131.77	.000
		Error	3.39	38	0.09		

จากตาราง 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภทและมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ในการวัดผล ทั้ง 3 ครั้ง ก่อนการทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 689.90$, $F = 131.77$ $p\text{-value} = .000$) เมื่อพิจารณาความแตกต่างในแต่ละครั้งของการวัดผล ด้วยการเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise comparison) โดยวิธีของ Bonferroni ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายการของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท และมุมมองด้านบวกจากการดูแล ในแต่ละระยะการวัดผลของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ระยะการวัด	M	SE.	MD	SE.
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท	ก่อนการทดลอง	3.03	0.06		
	หลังการทดลอง	4.34	0.02	-1.31***	0.04
	ก่อนการทดลอง	3.03	0.06		
	ติดตามผล	4.55	0.03	-1.52***	0.06
	หลังการทดลอง	4.34	0.02		
	ติดตามผล	4.55	0.03	0.21***	0.03
มุมมองด้านบวกจากการดูแล	ก่อนการทดลอง	3.18	0.07		
	หลังการทดลอง	4.45	0.07	-1.28***	0.12
	ก่อนการทดลอง	3.18	0.07		
	ติดตามผล	4.55	0.05	-1.37***	0.08
	หลังการทดลอง	4.45	0.07		
	ติดตามผล	4.55	0.05	-0.09	0.08

หมายเหตุ: * หมายถึง p-value < .05, ** หมายถึง p-value < .01, *** หมายถึง p-value < .001

จากตาราง 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนรายการด้านของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท และมุมมองด้านบวกจากการดูแลทุกด้าน ในแต่ละระยะการวัดของกุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่าหลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท และค่าเฉลี่ยคะแนนมุมมองด้านบวกจากการดูแลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ และผลของการเพิ่มขึ้นนี้ยังคงอยู่ต่อไปแม้จะผ่านไประยะหนึ่งแล้ว สังเกตจากการวัดในระยะติดตามผล 1 เดือน สอดคล้องดังตาราง 3 และ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภททั้ง 6 ด้าน และค่าเฉลี่ยคะแนนมุมมองด้านบวกจากการดูแล ทั้ง 9 ด้าน เมื่อแปลผลแล้ว อยู่ในระดับมาก ซึ่งสูงกว่าก่อนทดลอง และทุกระยะหลังทดลองมีคะแนนที่สูงขึ้น

[309]

Citation:



อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2566). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ, 3 (3), 299-320.

Kerdsangs, U., (2023). The Development of the Health Belief Enhancement Program on Health Belief Perception and Positive Aspects of Caregiving among Caregivers of Patients with Schizophrenia. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 3 (3), 299-320; DOI: <https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131>

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภทของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ทั้ง 3 ระยะ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังทดลองทันที		ติดตามผล 1 เดือน	
	M	SD	M	SD	M	SD
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภทของผู้ดูแล	3.03	0.06	4.34	0.02	4.55	0.03
1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	3.00	0.31	4.55	0.19	4.27	0.31
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อผู้ป่วยจิตเภท	2.99	0.35	4.54	0.17	4.57	0.22
3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การฟื้นฟู ผู้ดูแลโรคจิตเภท	3.07	0.40	4.61	0.23	4.58	0.33
4. การรับรู้อุปสรรคที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	2.90	0.28	4.64	0.18	4.52	0.19
5. การรับรู้ความสามารถแห่งตน	3.03	0.35	4.53	0.35	4.62	0.35
6. สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ	3.19	0.34	4.74	0.12	4.76	0.14

ตาราง 4 คะแนนเฉลี่ยมุมมองด้านบวกจากการดูแลของกลุ่มทดลอง ทั้ง 3 ระยะ

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลองทันที			ติดตามผล 1 เดือน		
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล
คะแนนรวม มุมมองด้านบวกจากการดูแล	3.18	0.30	ปานกลาง	4.45	0.32	มาก	4.55	0.22	มาก
ด้านการยืนยันความรู้สึกเชิงบวกจากการดูแล	3.08	0.35	ปานกลาง	4.29	0.30	มาก	4.28	0.28	มาก
1. ตนเองมีประโยชน์มากขึ้น	3.35	0.59	ปานกลาง	4.60	0.50	มาก	4.40	0.50	มาก
2. ได้ตอบแทนบุญคุณบุคคลที่รัก	3.10	0.79	ปานกลาง	4.45	0.51	มาก	4.35	0.49	มาก
3. ตนเองเป็นที่ต้องการของครอบครัว	3.10	0.64	ปานกลาง	4.25	0.44	มาก	4.15	0.37	มาก
4. ได้รับการขอบคุณอย่างซาบซึ้ง	2.95	0.51	ปานกลาง	4.15	0.37	มาก	4.35	0.49	มาก
5. ตนเองมีความสำคัญ	2.95	0.69	ปานกลาง	4.10	0.31	มาก	4.15	0.37	มาก
6. มีความเข้มแข็งและเชื่อมั่น	3.05	0.51	ปานกลาง	4.20	0.41	มาก	4.25	0.44	มาก
ด้านการมองชีวิตด้านบวก	3.27	0.40	ปานกลาง	4.62	0.44	มาก	4.82	0.28	มาก
7. ชื่นชมกับชีวิตมากขึ้น	3.15	0.59	ปานกลาง	4.50	0.51	มาก	4.85	0.37	มาก

[310]

Citation:



อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2566). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ, 3 (3), 299-320.

Kerdsangs, U., (2023). The Development of the Health Belief Enhancement Program on Health Belief Perception and Positive Aspects of Caregiving among Caregivers of Patients with Schizophrenia. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 3 (3), 299-320; DOI: <https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131>[//doi.org/10.14456/iarj.2023.131](https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลองทันที			ติดตามผล 1 เดือน		
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล
8. พัฒนาทัศนคติด้านบวกต่อชีวิต	3.35	0.59	ปานกลาง	4.60	0.50	มาก	4.70	0.47	มาก
9. มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น	3.30	0.47	ปานกลาง	4.75	0.44	มาก	4.90	0.31	มาก

3. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุคูณ (Multivariate analysis of variance: MANOVA) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของความสัมพันธ์ภายในกลุ่มของตัวแปรตาม คือ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภทและมุมมองด้านบวกจากการดูแล โดยใช้ Bartlett's Test of Sphericity พบว่า มีความสัมพันธ์กัน ไม่มีความเป็นมิติเอกลักษณะ (Bartlett's Test: $\chi^2 = 70.13$, $df = 20$, $p\text{-value} = .000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000$) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบความแปรปรวนตัวแปรร่วมพหุคูณ (Multivariate analysis of variance: MANOVA)

ตาราง 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรของคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภทของผู้ดูแล และมุมมองด้านบวกจากการดูแล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้ง 3 ระยะ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 1 เดือน ด้วยสถิติ Wilk's lambda

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	Wilk's lambda	Hypothesis df	Error df	Multivariate F test	p-value
ก่อนทดลอง						
1. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท	Group	.758	6	33	1.76	.139
2. มุมมองด้านบวกจากการดูแล	Group	.883	2	37	2.44	.101
หลังทดลองทันที						
1. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท	Group	.049	6	33	106.01	.000
2. มุมมองด้านบวกจากการดูแล	Group	.448	2	37	22.83	.000
ติดตามผล 1 เดือน						
1. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท	Group	.085	6	33	59.49	.000

ตัวแปร	แหล่ง ความแปรปรวน	Wilk's lambda	Hypothesis df	Error df	Multivariate F test	p- value
2. มุมมองด้านบวกจากการ ดูแล	Group	.329	2	37	37.79	.000

จากตาราง 5 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท และมุมมองด้านบวกจากการดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilks's lambda = .758, $F = 1.76$, $p\text{-value} = .139$) และ (Wilks's lambda = .883, $F = 2.44$, $p\text{-value} = .101$) แต่หลังการทดลองทั้งที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Wilks's lambda = .049, $F = 106.01$, $p\text{-value} = .000$) และ (Wilks's lambda = .448, $F = 22.83$, $p\text{-value} = .000$) และการติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Wilks's lambda = .085, $F = 59.49$, $p\text{-value} = .000$) และ (Wilks's lambda = .329, $F = 37.79$, $p\text{-value} = .000$)

และจากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Test of Between-Subjects Effects) ตัวแปรการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภทของผู้ดูแล ทั้ง 6 ด้าน และตัวแปรมุมมองด้านบวกจากการดูแล ทั้ง 2 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองทุกระยะ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายคู่ของความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภทและมุมมองด้านบวกจากการดูแล จำแนกรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลองทันที และการติดตามผล 1 เดือน

ตัวแปร	GROUP	หลังการทดลองทันที				ติดตามผล 1 เดือน			
		M	SE	MD	SE	M	SE	MD	SE
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท									
1. ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	T	4.55	0.04	1.44***	0.07	4.27	0.07	1.10***	0.09
	C	3.11	0.06			3.17	0.06		
2. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง	T	4.54	0.04	1.15***	0.12	4.57	0.05	1.23***	0.12
	C	3.40	0.11			3.35	0.10		
3. ด้านการรับรู้ประโยชน์	T	4.61	0.05	1.32***	0.10	4.58	0.07	1.29***	0.12
	C	3.29	0.09			3.29	0.09		
4. ด้านการรับรู้อุปสรรค	T	4.64	0.04	1.37***	0.13	4.52	0.04	1.24***	0.13
	C	3.28	0.12			3.28	0.12		

[312]

Citation:



อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2566). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ, 3 (3), 299-320.

Kerdsangs, U., (2023). The Development of the Health Belief Enhancement Program on Health Belief Perception and Positive Aspects of Caregiving among Caregivers of Patients with Schizophrenia. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 3 (3), 299-320; DOI: <https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131>[//doi.org/10.14456/iarj.2023.131](https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131)

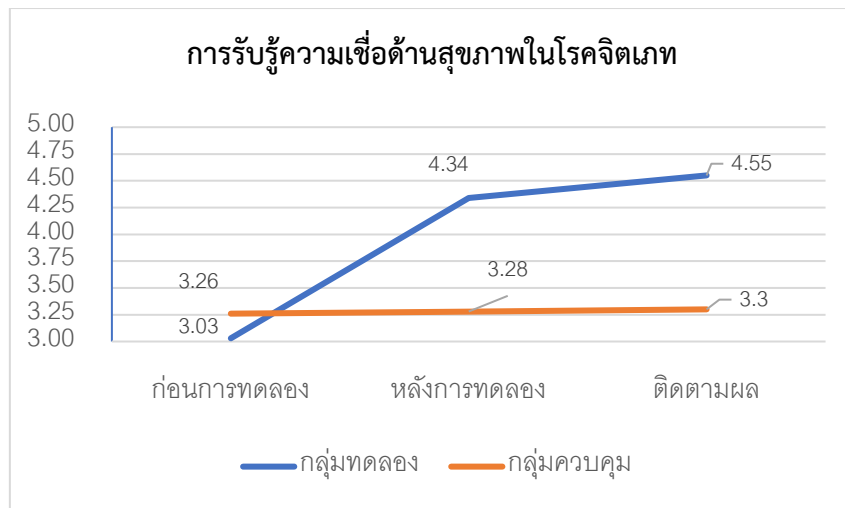
ตัวแปร	GROUP	หลังการทดลองทันที				ติดตามผล 1 เดือน			
		M	SE	MD	SE	M	SE	MD	SE
5. ด้านการรับรู้ความสามารถ	T	4.53	0.08	1.25***	0.11	4.62	0.08	1.34***	0.11
	C	3.28	0.07			3.28	0.07		
6. ด้านสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ	T	4.74	0.03	1.34***	0.10	4.76	0.03	1.35***	0.10
	C	3.41	0.10			3.42	0.10		
มุมมองด้านบวกจากการดูแล									
1. ด้านการยืนยันความรู้สึกเชิงบวกจากการดูแล	T	4.29	0.09	.800***	0.13	4.28	0.09	.783***	0.12
	C	3.49	0.09			3.49	0.09		
2. ด้านการมองชีวิตเชิงบวก	T	4.62	0.11	.983***	0.15	4.82	0.09	1.15***	0.13
	C	3.63	0.11			3.67	0.09		

หมายเหตุ: * หมายถึง p-value < .05, ** หมายถึง p-value < .01, *** หมายถึง p-value < .001

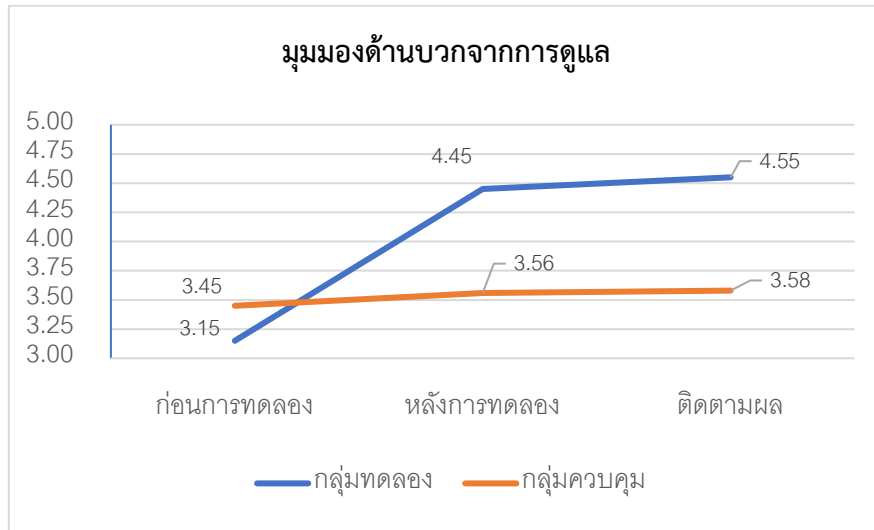
T หมายถึง กลุ่มทดลอง C หมายถึง กลุ่มควบคุม

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มทดลอง หลังทดลองทันทีและการติดตามผล 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภทและมุมมองด้านบวกจากการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิเคราะห์ทั้งหมดแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท และมุมมองด้านบวกจากการดูแล ในด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น และมากกว่ากลุ่มควบคุม ตามภาพประกอบที่ 2 และ 3



กราฟที่ 1 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท ในแต่ละระยะการทดสอบ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



กราฟที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยมุมมองด้านบวกจากการดูแล ในแต่ละระยะการทดสอบ จำแนกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การอภิปรายผล

การศึกษานี้ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภทและมุมมองด้านบวกจากการดูแลเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม ในทุกระยะหลังการทดลอง ทั้งนี้เนื่องจาก

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภทที่ถูกต้อง เกิดความเข้าใจในโรคจิตเภทมากขึ้น และตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการการกำเริบซ้ำ ส่งผลให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญต่อการป้องกันความเสี่ยงให้แก่ผู้ป่วย และมีความตระหนักต่อปัญหาของการเจ็บป่วยซ้ำที่จะตามมา สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค จะสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจรักษาตั้งแต่แรกเริ่มที่รับรู้และสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในทิศทางบวกที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ และลดความรุนแรงของโรค (Stretcher & Rosenstock, 1996) การประเมินการรับรู้ความรุนแรงผลกระทบจากการเกิดโรค อาจทำให้เกิดความพิการหรือตาย กระทบต่อหน้าที่การทำงาน ต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ชุมชน ส่งผลให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม จะทำให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์ทางบวกและเกิดการรับรู้ความสามารถของตน การเข้าใจถึงกิจกรรมการฟื้นฟูให้ผู้ป่วยมีทักษะการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนอื่น การปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามคำแนะนำ ตามความรู้ที่ได้รับ เพราะเชื่อว่าเป็นวิธีที่ดีและมีความเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้จริง ตลอดถึงการรับรู้อุปสรรคและการจัดการการดูแลที่เกิดขึ้น โดยบุคคลจะประเมินอุปสรรคร่วมกับใช้ประสบการณ์ในอดีต แล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่ และจะต้องเชื่อว่า อุปสรรคในการปฏิบัติตามที่ตนเลือกจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ (Stretcher & Rosenstock, 1996) ดังนั้นกิจกรรมการรับรู้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุน

[314]

Citation:



อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2566). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ, 3 (3), 299-320.

Kerdsangs, U., (2023). The Development of the Health Belief Enhancement Program on Health Belief Perception and Positive Aspects of Caregiving among Caregivers of Patients with Schizophrenia. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 3 (3), 299-320; DOI: <https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131>

[//doi.org/10.14456/iarj.2023.131](https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131)

ทางสังคมช่วยให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่จำเป็น การให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น (Kulhara et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง แสดงว่าการได้รับการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมร่วมมือกินยาของผู้ป่วยจิตเภท (ชุดิมา ทองอยู่ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2560) และสอดคล้องกับ ผลของโปรแกรมการสร้าง ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ปณวัตร สันประโคน และคณะ, 2561) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษา แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางปรับสีผิว พบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางปรับสีผิวมีความสัมพันธ์กันทางบวก ทำให้เกิดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ นำไปสู่การปฏิบัติ และมีแรงจูงใจด้านสุขภาพในระดับมาก (อนัญญา นิ่มนง และ พิษณุ อภิสมการโยธิน, 2562)

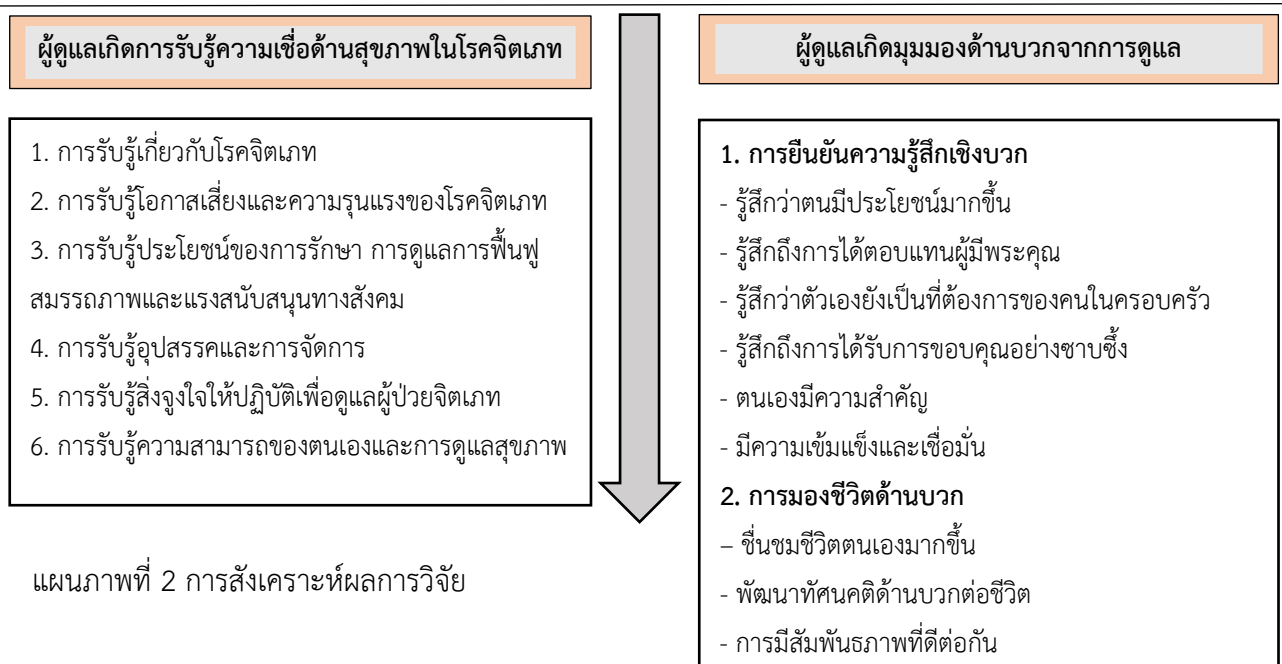
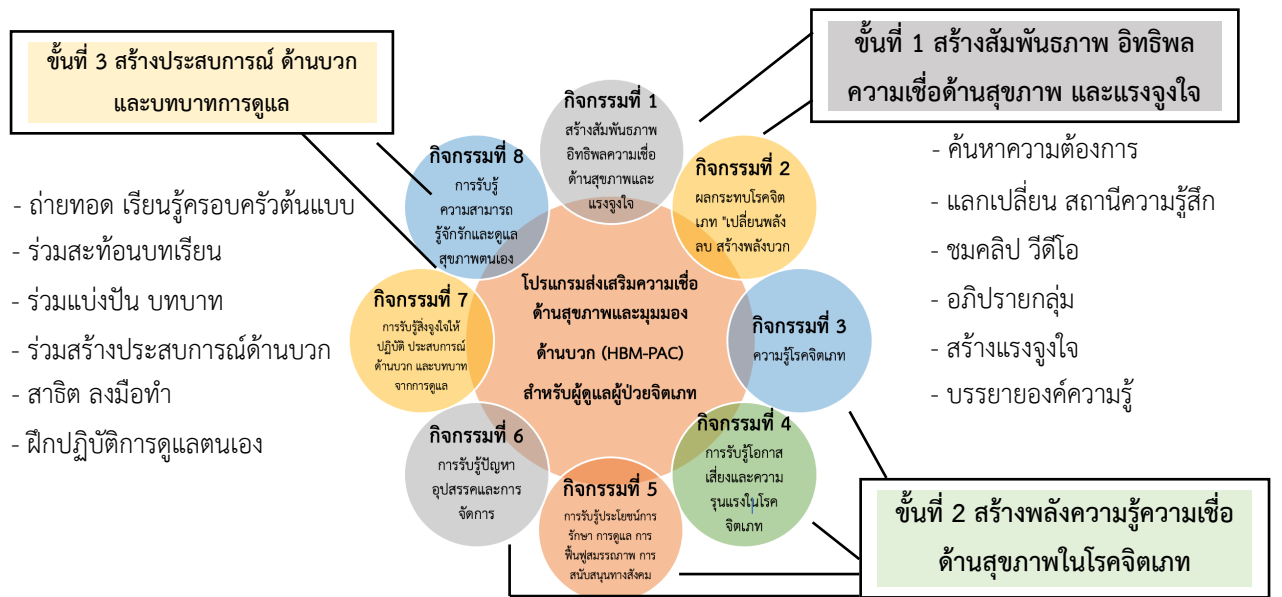
2. ผู้ดูแลเกิดมุมมองด้านบวกจากการดูแลที่สูงขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรม ฯ และระยะติดตามผล 1 เดือน และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ สามารถทำนายประสบการณ์ทางบวกจากการดูแลของผู้ดูแลได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ กิจกรรมได้สอดแทรกทัศนคติทางบวก เช่น กิจกรรม “ผลกระทบของโรคจิตเภท เปลี่ยนพลังลบ สร้างพลังบวก” และการใช้เกมส์ สถานีความรู้สึก ผ่านการบอกเล่าความรู้สึกถึงสภาพของการเจ็บป่วยของโรคจิตเภท เหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบ และการได้ระบายความรู้สึก เกิดความเห็นอกเห็นใจกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันช่วยเสริมกำลังใจ การสร้างความเข้าใจและการยอมรับผู้ป่วยจิตเภทผ่านการรับชมคลิปวิดีโอ เปลี่ยนจากความรังเกียจ ความกลัว เป็นความสงสาร อยากช่วยเหลือ และการสาธิต การเป็นแบบอย่างที่ดี การเสริมแรงด้านบวก ด้วยการนำครอบครัวต้นแบบมาเล่าประสบการณ์ในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับมุมมองด้านบวกจากการดูแลที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความคิดความรู้สึกเชิงลบเป็นการยินดีต่อการดูแล เสริมสร้างความรู้สึกที่ดี และมีความสุขจากการปฏิบัติบทบาทของตนเอง (Tarlow et al., 2004) ความสุขที่เกิดจากสัมพันธภาพที่ดี เติมเต็มความรู้สึกของการปฏิบัติ และรู้สึกปิติที่สำเร็จในหน้าที่ มีความสอดคล้องกับแนวคิดมุมมองด้านบวกจากการดูแล เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ดูแลในเชิงจิตวิสัย และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา อธิบายได้ 2 มิติ คือ 1) มิติด้านการรู้คิด เป็นความคิดที่เกิดขึ้นภายในอย่างเป็นเหตุเป็นผล เช่น การดูแลทำให้ผู้ดูแลได้ประโยชน์จากการได้เรียนรู้สิ่งใหม่ มีความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้น 2) มิติด้านอารมณ์ ความรู้สึก เป็นความรู้สึกดี ที่เกิดขึ้นภายใน ซึ่ง 2 มิตินี้จะนำไปสู่การเกิดมุมมองด้านบวกที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ดูแล (Noonan & Tennstedt, 1977) และเป็นสิ่งที่ จะเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ดูแลดำรงบทบาทอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (Lawang & Sunsern, 2016) กิจกรรมการรับรู้ความสามารถ รู้จักรักและดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้ดูแลได้สำรวจ เข้าใจ ยอมรับ และมีแนวทางการพัฒนาดตนเอง ด้วยการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพกายใจ ได้ฝึกเผชิญปัญหา ฝึกคิดบวก ฝึกผ่อนคลายความตึงเครียด และฝึกสติ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อการแสวงหาวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลด้านบวกต่อผู้ป่วย สอดคล้อง

กับการศึกษาการรับรู้สิ่งจูงใจและการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรม ฯ มีแรงจูงใจและการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นไปในทางบวก สอดคล้องกับองค์ประกอบสิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ ปัจจัยจากภายในบุคคล และปัจจัยจากภายนอกบุคคล เป็นสิ่งจูงใจกระตุ้นให้บุคคลพร้อมที่จะปฏิบัติ เพื่อป้องกันและรักษาโรค (Stretcher & Rosenstock, 1996) และจากการเรียนรู้ในกิจกรรมการรับรู้สิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ ประสบการณ์ด้านบวกและบทบาทของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลได้รับการกระตุ้นภายในจิตใจที่มีความรัก ความเมตตา ประารถนที่ให้แก่คนที่รักหายจากการเจ็บป่วย ยิ่งได้รู้ความทุกข์มากเท่าใด ยิ่งต้องการที่จะช่วยเหลือให้หายมากขึ้นเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์มุมมองด้านบวกจากการดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแรงจูงใจสำหรับบทบาทในการดูแลอยู่ในระดับที่สูง ตามด้วยความพึงพอใจและแรงจูงใจในการดูแล ซึ่งบ่งชี้ว่าประสบการณ์การดูแลด้านบวกที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในผู้ดูแล (Kate et al., 2012)

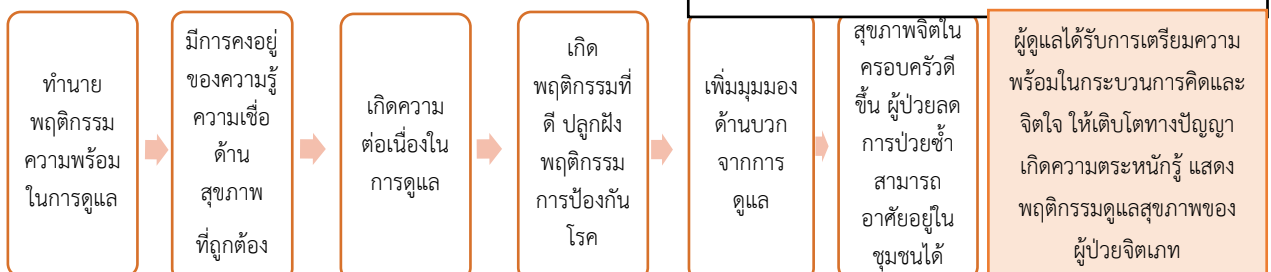
การเพิ่มระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การเพิ่มสุขในชีวิตประจำวัน จะเป็นแนวทางที่จะสามารถทำให้เกิดมุมมองด้านบวกจากการดูแล คือ ผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน (อาจารย์จันทร์พานิชย์ และคณะ, 2562) อีกทั้งช่วยทำนายนความพร้อมในการดูแลมากขึ้น หากผู้ดูแลมองว่าบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยนั้นมีความหมายกับชีวิต มีประโยชน์ จะช่วยให้มีศักยภาพ และมีแรงในการเตรียมตนเอง ส่งผลให้มีความพร้อมในการทำบทบาทเพิ่มขึ้น (อินชา ทัศนธนะชัย และคณะ, 2563) และปัจจัยที่ร่วมทำนายนความพร้อม คือ ได้รับการอบรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท ก่อนทำหน้าที่ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ช่วยพัฒนาศักยภาพก่อนการทำบทบาทของผู้ดูแล ทำให้เข้าใจสถานการณ์ มีทักษะมีความพร้อม มีเครือข่ายทั้งบุคลากรทางสุขภาพ และเพื่อนผู้ดูแลด้วยกัน ดังนั้น การเตรียมความพร้อมในกระบวนการคิดและจิตใจ จะสร้างความตระหนักรู้ในการแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (Rosenstock, 1974) และเกิดมุมมองด้านบวกในการดูแล เกิดความต่อเนื่องในการดูแลที่มีการคงอยู่ของความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้สึกของพลังทางบวก

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับมุมมองด้านบวก สามารถช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เกิดความเข้าใจและเกิดมุมมองด้านบวกในการดูแล ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถเรียนรู้และประยุกต์ใช้โปรแกรมดังกล่าว เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแลให้เกิดความเข้าใจในการดูแล ช่วยเหลือ เผชิญปัญหาด้วยทัศนคติทางบวก และเกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างต่อเนื่อง การสังเคราะห์การวิจัย ดังแสดงในภาพประกอบที่ 2



แผนภาพที่ 2 การสังเคราะห์ผลการวิจัย



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้

ควรมีการจัดฝึกอบรมให้กับผู้ใช้โปรแกรมฯ ได้เข้าใจในเนื้อหา ขั้นตอน กระบวนการต่าง ๆ โดยเฉพาะ ทีมสุขภาพ ผู้ทำงานที่เกี่ยวข้อง ก่อนนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยติดตามผลโปรแกรม ฯ ต่อเนื่องในระยะ 3 เดือน 6 เดือนหลังการทดลอง เพื่อประเมิน ประสิทธิภาพของความคงทนของการดูแลได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์อาทิตย์ เล่าสุ อังกูร และผู้ทรงคุณวุฒิ ผศ.ดร.พิไลพร สุขเจริญ ดร.ประชุมพร บัวคลี่ และ ผศ.ว่าที่ ร.ต.ธีระยุทธ เกิดสังข์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี รวมทั้งทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้งานวิจัยนี้มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อสังคม

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2560). *แผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต 2560*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ชุติมา ทองอยู่ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 75-87.
- ปณวัตร สันประโคน, อรุณ ชูศรี และศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้าน สุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 87-100.
- เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, และชนกพร จิตปัญญา. (2547). ทราบาป: การรับรู้และ ผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 18(1), 1-9.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อนัญญา นิ่มนง และ พิษณุ อภิสมการโยธิน. (2562). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางปรับสีผิวของนิสิตหญิงระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 8, 124-141.
- โอนชา ทศนาธชัย, พิชามณูช ปุณโณทก, วรรณรัตน์ ลาวัณ, สุรภา สุขสวัสดิ์, และรัชณี สรรเสริญ (2563). ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแล จังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(2), 108-121.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์
- อาจารย์ จันทรพานิชย์, วรรณรัตน์ ลาวัณ, และชนัญชิตาคุณฐิ ทุลศิริ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมุมมองเชิงบวกจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(2), 61-73.
- Citrome, L., & Volavka, J. (2015). Preventing violence in patients with schizophrenia. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2, 182-191.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioral science*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fual, F., Erdfelder, E., Lang, A., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., & Nehra, R. (2012). Scale for Positive Aspects of Caregiving Experience: Development, Reliability, and Factor Structure. *East Asian Archives of Psychiatry*, 22(2), 62-69.
- Kulhara, P., Kate, N., Grover, S., & Nehra, R. (2012). Positive aspects of caregiving in schizophrenia: A review. *World Journal of Psychiatry*, 2: 43-8. Retrieved November 10, 2022, from <http://doi.org/10.5498/wjp.v2.i3.43>.
- Lawang, W., & Sunsern, R. (2016). Positive aspect of caregiving: Crucial concepts enhancing family caregivers' strength. *Journal of Nursing and Education*, 9(3), 1-9.
- Mac Grath, J., Saha, S., Chant, D., & Weltham, J. (2008). Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and mortality. *Epidemiol Reviews*, 30(1), 67-76.
- Noonan, A.E., & Tennstedt, S.L. (1997). Meaning in caregiving and its contribution to caregiver well-being. *The Gerontologist*, 37(6): 785-94.
- Pankong, O., & Pothiban, L. (2018). Concept of positive aspects of caregiving: adapted in caregivers of older person with dementia. *Nursing Journal*, 45(1), 159-70.

[319]

Citation:



อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2566). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ, 3 (3), 299-320.

Kerdsangs, U., (2023). The Development of the Health Belief Enhancement Program on Health Belief Perception and Positive Aspects of Caregiving among Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Interdisciplinary Academic and Research Journal*, 3 (3), 299-320; DOI: <https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131>

[//doi.org/10.14456/iarj.2023.131](https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131)

- Pankong, O., Pothiban, L., Sucamvang, K., & Khampolsiri, T., (2016). *A Randomized Controlled Trial of Enhancing positive aspects of Caregiving in Thai dementia caregivers for dementia*. (Doctoral dissertation) Chiangmai University.
- Parker, D., Mills, S., & Abbey, J. (2008). Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. *International Journal Evidence-Based Healthcare*, 6: 137-72. Retrieved November 10, 2022, from doi: 10.1111/j.1744-1609.2008.00090.x.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popular Health Metrics*, 8(24), 1-8.
- Reddy, L.F., Lee, J., Davis, M. C., Altshuler, L., Glahn, D.C., & Miklowite, D.J., (2014). Impulsivity and risk-taking in bipolar disorder and schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 39(2), 456 - 463.
- Rosenstock, I., Strecher, V., & Becker, M. (1988). Social Learning Theory and Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Rossler, W., Joachim Salize, H., Van Os, J., & Riecher-Rossler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 399-409.
- Strecher, V. & Rosenstock, I. (1996). *The Health Belief Model*. In Glanz, K., Lewis, F., Rimer, B., (Eds.). (1997). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. (2nd ed). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Tarlow, B.J., Wisniewski, S.R., Belle, S.H., Rubert, M., Ory, M.G., & Thompson, D.G. (2004). Positive aspects of caregiving. *Research on Aging*, 26(4), 429-453.
- World Health Organization. (2018). *Schizophrenia*. Retrieved December 11, 2022, from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/

[320]

Citation:



อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2566). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและมุมมองด้านบวกจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ, 3 (3), 299-320.

Kerdsangs, U., (2023). The Development of the Health Belief Enhancement Program on Health Belief Perception and Positive Aspects of Caregiving among Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Interdisciplinary Academic and Research Journal*, 3 (3), 299-320; DOI: <https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131>

[//doi.org/10.14456/iarj.2023.131](https://doi.org/10.14456/iarj.2023.131)