บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The Pretest – Posttest Randomized Control group design) ศึกษาผลของผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตัวแปรต้น คือโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ตัวแปรตาม คือทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

2. ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาหรือรับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปลาม้า โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองของ จิราพร รักการ (2549) เรื่องผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มาร่วมคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 90.77 % มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เป็น 9.2 % ที่ระดับนัยสำคัญ ∞ = .05 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 14 คน แต่เพื่อต้องการให้มีความเหมาะสมและป้องกันการ drop out ของสมาชิกกลุ่ม ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบไปด้วยเครื่องมือ จำนวน 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และชุดที่2 แบบวัดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย

1. เครื่องมือการดำเนินการทดลอง คือโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ การสร้างโปรแกรมการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยนำแนวคิดต่างๆที่ได้ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมากำหนดโครงสร้างเนื้อหา วัตถุประสงค์ของโปรแกรมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยการนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980) และการนำแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) ของ Miller & Rollnick (1991) มาประยุกต์เข้ามาในกิจกรรมโดยผสมผสานให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะการให้คำชี้แนะ การให้ความสำคัญกับผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมและช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยโดยการช่วยให้ผู้ดูแลได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย, 2548) เป็นการบำบัดที่มุ่งหวังให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยให้เห็นประโยชน์จากการเรียนรู้ซึ่งเป็นการ

สร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 5ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที โดยดำเนินกิจกรรมติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรมคือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 การสำรวจความคิด ความเชื่อ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

โดยดำเนินกิจกรรมตามลำดับ เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของรูปแบบและเนื้อหากิจกรรม จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และภายหลังการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน จนครบทั้ง 5กิจกรรม แล้วจึงปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริงในการทดลอง

2. แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำและคณะ(2548) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Dreyfus & Dreyfus(1986) ประกอบด้วยคำถาม 42 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตราส่วนประเมินค่า(Rating Scale) 4 ระดับ เครื่องมือชุดนี้มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ เท่ากับ 0.9

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Dreyfus & Dreyfus(1986) ที่พัฒนาขึ้นโดย

ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำและคณะ(2548) ประกอบด้วยคำถาม 42 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตราส่วนประเมินค่า(Rating Scale) 4 ระดับโดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ทำการปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คนตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยตรวจสอบความตรง

ของเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.96 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 10 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficent) ได้เท่ากับ 0.92

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ

เครื่องมือกำกับการศึกษา มี 2 ชุด ได้แก่ 1)แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Lefley (1987) ที่พัฒนาขึ้นโดย สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นคำถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ว่าภายหลังการดำเนินการเสร็จสิ้นตามโปรแกรม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ80 หรือ 24 ข้อ เครื่องมือชุดนี้ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 และ2) แบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจของผู้ดูแลเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยศึกษาและปรับปรุงข้อคำถามมาจากแบบสอบถามเพื่อวัดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราของ Addiction Technology Transfer Center (ATTC) Network ที่พัฒนาโดย วัชระ ผะอบเหล็ก, พิชัย แสงชาญชัย และ เจษฎา ยิ่งวิวัฒนพงษ์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5ระดับ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือตรวจแก้ไขเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คนตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 10 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficent) ได้เท่ากับ 0.81

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอน คือขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่าง

ถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความรู้ โดยเตรียมการที่สำคัญดังนี้. ผู้วิจัยเตรียมตัวศึกษา ค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในเรื่องโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา การเสริมสร้างแรงจูงใจ และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนอกจากนี้ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนวิชาการให้คำปรึกษาจำนวน 3 หน่วยกิตและได้รับการอบรมระยะสั้นและฝึกหลักการใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจภายใต้ทีมบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชขั้นสูงในชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจำนวน 6 หน่วยกิต เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จัดทำแผนการดำเนินการทดลอง เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.2 ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้วิจัยมีความรู้ ความสามารถในการใช้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 คน และพยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

1.4 เตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงสาธารณสุขอำเภอ บางปลาม้าและส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำการวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอกโดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัยและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

1.5 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คน เพื่อเป็นผู้ช่วยกลุ่มในการเก็บรวบรวมข้อมูลและจดบันทึกขณะดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่างๆในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ และการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ

1.6 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าสาธารณสุขอำเภอบางปลาม้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล แจ้งวัน เวลา ในการจัดกิจกรรม ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบกิจกรรม จากนั้นแนะนำตัวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพิจารณาคัดเลือกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.7 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน40 คน จากนั้นให้ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง หรือผู้ที่ส่วนร่วมในการวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการมารับบริการแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอยางจะปกปิดเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วให้เซ็นชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบแรงจูงใจในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการทำกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปลาม้าจัดให้มีขึ้นได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัว การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่บ้านผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สัปดาห์ละ 5 วันติดต่อกันเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ครั้งละ 45-60นาที จบครบ 5 ครั้ง หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 หลังจากนั้นอีก 1 อาทิตย์ ผู้วิจัยทำการประเมินเพื่อตรวจสอบทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่ม

ทดลองทุกคน พบว่ากลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการศึกษา

3. ระยะรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประเมินทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจในสัปดาห์ที่ 6โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

3.1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1.2 หลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยทำการกับการทดลองทันที โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบประเมินแรงจูงใจ

3.1.3 หลังจากเสร็จสิ้นการทดลองแล้ว 1 สัปดาห์ คือ สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการประเมิน ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบประเมินทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post- test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

3.1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบประเมินทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2.2 หลังจากจบการทดลองแล้ว 1สัปดาห์ คือ สัปดาห์ที่6 ผู้วิจัยทำการประเมินทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบประเมินทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post- test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

3.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วน และน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โดยใช้สถิติทดสอบ t (Pair t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบคะแนนทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = - 13.45)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

2. หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 5.79)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ทักษะการดูแลของผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีผลทำให้ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. ผลการวิจัยพบว่า ทักษะการดูของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

ผลการวิจัยแสดงว่าทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพิ่มขึ้น จากการได้รับสุขภาพจิตศึกษที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีขั้นตอนเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิมทักษะในการดูแลผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ให้ความร่วมมือในการนำความรู้ที่ได้รับไปทดลองใช้เมื่อกลับไปถึงบ้านและระยะเวลา การนำไปทดลองใช้ที่มากขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้มาผสมผสานกับประสบการณ์ที่ตนเองมีอยู่ มีการทดลอง และประยุกต์ ใช้กับการดูแลผู้ป่วยของตนเองได้มากขึ้น อีกทั้งเนื้อหาและลักษณะของการเข้ากลุ่มในโปรแกรมนั้นมีความสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง และเมื่อได้ทดลองใช้แล้วได้ผล ก็จะเป็นกำลังใจให้นำความรู้และทักษะที่ได้รับจากโปรแกรมฯไปใช้เรื่อยๆจนเกิดการพัฒนาทักษะและสามารถคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้นดังจะเห็นได้จากค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะที่เพิ่มขึ้น ซึ่งการพัฒนาทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ดังกล่าวนั้นเป็นไปตาม แนวคิดการพัฒนาทักษะของDreyfus &Dreyfus, 1986อ้างใน Tungpunkom, 2000) ที่อธิบายไว้ว่าการพัฒนาทักษะนั้นในขั้นแรกที่อิงทฤษฎี ต่อมาก็จะผสมผสานกับประสบการณ์จนเกิดความเชี่ยวชาญต่อไป และจากผลการศึกษาครั้งนี้สิ่งที่น่าจะมีผลต่อการพัฒนาทักษะที่รวดเร็วของผู้ดูแลนั้น อาจอธิบายได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจทั้ง 5 ครั้ง ทุกครั้งได้มีการให้ความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลดังกล่าว โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยและเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา (Zygmunt, et al., 2002) ซึ่งการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพต้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและช่วยให้เกิดการเพิ่มทักษะการดูแลที่สามารถลดการป่วยซ้ำ ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท การให้สุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของ Anderson et al(1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิตโดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership)โดยการที่ผู้ดูแลได้รับความรู้จะช่วยให้เกิดความชำนาญช่วยเพิ่มพูนทักษะในการดูแลมากขึ้น(Montgomery et al.,1985) นอกจากนี้การประยุกต์การเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแนวคิดของ Miller& Rollnick (1995) เข้ามาในกิจกรรมโดยผสมผสาน

ให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะการให้คำชี้แนะ การให้ความสำคัญกับผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมและช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย โดยช่วยให้ผู้ดูแลได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย, 2548) การเพิ่มทักษะและการให้ความรู้ที่ถูกต้องในระยะเริ่มแรกควบคู่ไปกับประสบการณ์จริงที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะทำให้ทักษะการดูแลมีคุณภาพมากขึ้น (Dreyfus & Dreyfus,1986)

เมื่อพิจารณาคะแนนทักษะการดูแลเป็นรายด้านพบว่าหลังการทดลองมีผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น ทักษะด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย ทักษะด้านการจัดการกับอาการของโรค ทักษะด้านการบริหารยาสูงกว่าก่อนทดลอง ดังแสดงตารางในภาคผนวก

ซึ่งอธิบายได้ว่า ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้ง3 ด้านหลังการทดลองมีคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองเนื่องจากสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นกระบวนการที่มุ่งในการเพิ่มศักยภาพความสามารถในตัวผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของZygmunt, et al., 200 2 ที่กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยและเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาซึ่งการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพต้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและช่วยให้เกิดการเพิ่มทักษะการดูแลที่สามารถลดการป่วยซ้ำ ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท

ด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ย 53.65 สังเกตจากหลังจากผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมที่ 1 ทำให้ผู้ดูแลเปิดเผยเรื่องราวประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของตนและเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จากตัวอย่างประสบการณ์ในตัวแทนกลุ่มหนึ่ง เล่าว่า

"ผู้ป่วยมักคิดว่าเขาหายแล้วจึงเลิกกินยา พอผ่านไป 2-3 อาทิตย์ก็เริ่มบ่นนอนไม่หลับ ท่าทางหงุดหงิดง่าย"

หลังจากเริ่มที่ผู้ดูแลเปิดประเด็น ก็มีผู้ดูแลอีกท่านเล่าว่า

"เดี๋ยวก็ดี เดี๋ยวก็ร้าย อยากให้กินยาคุมอาการไว้เหมือนกับโรคอื่นๆที่เป็น "

ด้านการจัดการกับอาการของโรคมีคะแนนเฉลี่ย 20.70 ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้ ช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบรัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984, & Montgomery et al., 1985) เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยประเมินได้ว่า ผู้ดูแลสามารถสำรวจอาการของผู้ป่วยที่ตนดูแล โดยจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น การตอบข้อซักถาม แสดงให้

เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้อาการเตือนของตนเองก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้ รวมทั้งสามารถบอกถึงการจัดการกับอาการทางจิตของตนได้ถูกต้องเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแล

"อาการเตือนเริ่มแรกที่ทำให้รู้ว่าจะมีอาการกำเริบ คือ แยกตัวไม่ค่อยพูดคุยกับใคร ไม่สนใจตนเองเริ่มไม่อาบน้ำ ไม่สนใจแต่งตัว."

"เราจะป้องกันอาการทางกำเริบของโรคได้โดยการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง รู้จักผ่อนคลายความเครียด แต่ถ้าเห็นไม่ค่อยดีก็พาไปหาหมอให้ฉีดยาให้."

ด้านการบริหารจัดการเรื่องยามีคะแนนเฉลี่ย 11.10 นั่นคือ เมื่อผู้วิจัยถามถึงผลข้างเคียงของการกินยาของผู้ป่วย ผู้ดูแลก็พูดว่า*"บางทีก็มีลิ้นแข็งเพราะพูดไม่ค่อยชัด มือสั่น หิวน้ำบ่อย และการกินน้ำมากขึ้น."*ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวได้แสดงความคิดเห็น ซักถาม และร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และเมื่อแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่จะบอกว่าดี มีประโยชน์ อ่านเข้าใจง่าย จะนำไปใช้เป็นคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือเมื่อมีปัญหาได้ในกิจกรรมนี้พบว่า ขั้นของการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นตระหนักรู้ว่ามีปัญหา (Contemplation stage) และปัญหานั้นเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ และเกิดผลดีหากมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สมาชิกสามารถบอกถึงข้อดีของการรับประทานยาต่อเนื่อง

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจที่นำมาศึกษาในการทำการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 5 ขั้นตอนในแต่ละขั้นตอนสามารถส่งเสริมเพื่อเพิ่มทักษะการดูแลของผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการที่ผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วย การทำความรู้จักคุ้นเคย เพื่อให้ทราบถึงลักษณะ และปัญหาที่เกิดขึ้น การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและในขั้นตอนนี้ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเล่าถึงประวัติการเจ็บป่วยและอาการสำคัญที่ทำให้ได้มารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการใช้เทคนิค OARS ประเมินผลกิจกรรมจากการสังเกตพฤติกรรมความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่าการพบกันในการทำกลุ่มครั้งที่ 1 เป็นไปด้วยความราบรื่นเป็นกันเองผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการแนะนำตนเอง ในกิจกรรมนี้มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลเปิดเผยเรื่องราวประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของตนและเกิดการเรียนรู้ร่วมกันเชื่อมโยงให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเห็นถึงการร่วมมือในการ

บำบัดรักษานำไปสู่การปรับตัวในการดำเนินชีวิต ช่วยให้ผู้ดูแลตรวจสอบความคาดหวังของตนเองต่อผู้ป่วย ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแล (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

2) การสำรวจความคิด ความเชื่อ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท การป้องกันอาการกำเริบของโรค และมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาของผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี เป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและมีแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่า โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล (psychoeducation program) จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ในขั้นตอนนี้ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อที่จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยพัฒนาแนวทางในการดูแลให้ดียิ่งขึ้น เป็นการส่งเสริมศักยภาพเดิม ที่มีอยู่ในตัวผู้ดูแลผู้ป่วย และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องได้ ให้ความหวังและกำลังใจ หลังการสิ้นสุดกิจกรรมประเมินผลกิจกรรมจากการสังเกต ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น สามารถบอกถึงการสำรวจอาการทางจิตที่ผู้ดูแลพบในผู้ป่วยได้ถูกต้อง ส่งผลให้ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น

3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมที่ 3 ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้ ช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบรัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984, & Montgomery et al., 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Loukissa (1995) โดยใช้การเรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสอนวิธีในการเผชิญปัญหา ช่วยทำให้ผู้ดูแลบรรเทาความทุกข์ใจ การรับรู้ภาระ และความขัดแย้งในครอบครัวลดลง ส่งผลให้ทักษะการดูแลของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมที่ 4 ทำ ให้ผู้ดูแลและครอบครัวทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นลดความเครียดให้น้อยลงได้ ส่งผลให้ทักษะการดูแลของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

5) การพัฒนาทักษะทางสังคม หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมที่ 5 ซึ่งเป็นกิจกรรมสุดท้าย ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพมีการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์และการปรับตัวการตอบสนองต่อความเครียดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รู้สึกไม่ถูกแยกทางสังคมรวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม(Brant &Weinert, 1985) ส่งผลให้ทักษะการดูแลของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

2. คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 5.79$)

อธิบายได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจที่นำมาใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีผลต่อการเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม ของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ในแต่ละกิจกรรมที่ทำร่วมกัน จากการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแล เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ให้กำลังใจกัน ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาและมีแนวทางในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลเข้มแข็ง มีความหวังและกำลังใจ เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ตนดูแลสูงขึ้น นับว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลได้ดี รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง ซึ่งสุขภาพจิตศึกษาจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยและเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา (Zygmunt, et al., 2002) ซึ่งการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพต้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและช่วยให้เกิดการเพิ่มทักษะการดูแล

ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยทั่วไปที่พยาบาลวิชาชีพประจำตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน การให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่น้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ จึงทำให้ไม่ได้รับการพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจึงไม่สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นการพัฒนาความรู้ร่วมกับฝึกทักษะให้ผู้ดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้พื้นฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตระหนักรู้ในตนเอง มีความรู้ในเรื่อง โรค เข้าใจและยอมรับสภาพการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทได้ มีทักษะในการบำบัดด้วยกิจกรรมกลุ่ม มีทักษะการให้คำปรึกษารวมทั้งจะต้องมีการประสานงานที่ดีเพื่อการเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. ก่อนนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ ควรมีการอบรมแก่บุคลากรทางการพยาบาล ในด้านการฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัด และกระบวนการขั้นตอนการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการและวัตถุประสงค์ในการนำไปใช้ได้ถูกต้อง

3. ควรมีการติดตามทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระยะยาว ทุก 1 หรือ 3 เดือน เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้นำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จนเกิดเป็นทักษะที่เชี่ยวชาญและชำนาญในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาทีเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการดูแลของผู้ดูแลจิตเวชให้มีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ชุมชน ได้อย่างมีคุณภาพ