

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการสื่อสาร ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา และโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษารูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาว่าตัวแปรทางด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เจตคติของผู้ดูแลผู้ป่วย มีส่วนเกี่ยวข้องกับอะไรต่อรูปแบบการสื่อสาร
3. เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เคยและไม่เคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล
4. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน ให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทในด้านการสื่อสาร

ตัวอย่างประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งหญิงและชาย มีอายุระหว่าง 18- 60 ปี อยู่ร่วมครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย 5 วัน/สัปดาห์ และเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยในด้าน สุขภาพอนามัย การช่วยเหลือ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 218 คน และโรงพยาบาลสมเด็จพระยา จำนวน 132 คนตามลักษณะของประชากรตัวอย่างที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบ ความถูกต้องตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา
หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำมาใช้จริง
ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2540 - เมษายน 2541

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่อง Computer โปรแกรมสำเร็จรูปSPSS(Statistical
Package for the Social Sciences)

1.วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของญาติที่ดูแลผู้ป่วยและลักษณะทางครอบครัว โดยการแจก
แจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2.ใช้สถิติ t-test เพื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่าง ระหว่างตัวแปรด้าน เพศและการเข้า
รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

3.ใช้สถิติ F-test เพื่อวิเคราะห์ ความแปรปรวนทางเดียวของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม
ด้านระยะเวลาการเจ็บป่วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส จำนวน
สมาชิกในครอบครัว และทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธีของ Scheffe

4.ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(Pearson Product Moment Correlation
Coefficient , r) ให้หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เจตคติและรูปแบบการสื่อสาร

5.หารูปแบบของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
โดยใช้วิธี Stepwise multiple regression

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

เพศ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรี รัชฎญาและ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.6 และ 60.6

อายุ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรี รัชฎญาและ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.2และ 35.6

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรี รัชฎญาและ โรงพยาบาล สมเด็จพระยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 58.3และ 47.0

อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรี รัชฎญาและ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 45.4และ47.0

รายได้ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรี รัชฎญาและ โรงพยาบาล สมเด็จพระยาส่วนใหญ่ ไม่มีรายได้คิดเป็นร้อยละ 67.4 ของทั้งสอง โรงพยาบาล

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทของทั้งสอง โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็น โสด ร้อยละ66.6

ระยะเวลาที่เป็นโรค พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทของทั้งสอง โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีระยะ เวลาการเป็นโรค มานาน2-10ปี

การเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล ศรี รัชฎญาและ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาล ร้อยละ 81.7และ80.3

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทของทั้งสอง โรงพยาบาลส่วน ใหญ่จะเป็น พี่-น้องของผู้ป่วยร้อยละ 34.9และเป็นบิดามารดาของผู้ป่วย ร้อยละ34.3

เพศ พบว่าเพศของผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิงร้อยละ 56.9

อายุ พบว่าอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 51-60ปี คิดเป็นร้อยละ 35.1
อาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 28.0 รองมาประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 26.3

รายได้ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน ในช่วง 3001-6000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.4

การรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ คิดเป็นร้อยละ 59.7 และใช้บัตรสงเคราะห์คิดเป็นร้อยละ 26.6

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ดูแลผู้ป่วยมานาน 2-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.1

การได้รับความรู้หรือการเข้ารับการอบรมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่เคยได้รับความรู้ ร้อยละ 54.3 เคยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ เอกสารแผ่นพับ ป้ายประกาศ ร้อยละ 39.7 และเคยเข้ารับการอบรมร้อยละ 6.0

2.ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีระดับความรู้เฉลี่ย 6.960 ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ในระดับสูง 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.0 ระดับกลาง 84 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.6 และระดับต่ำ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.31

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยตามตัวแปรอิสระที่ศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ เคยได้รับความรู้หรือการเข้ารับการอบรม จะมีระดับความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการอบรมจะมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอื่น

ในด้าน รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ต่างกัน จะมีระดับความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า 10000 บาทมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด

ความเพียงพอในการใช้จ่ายพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีเงินเหลือเก็บจะมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีหนี้สินจะมีระดับความรู้ต่ำสุด

ในด้านเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว และความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยที่แตกต่างกัน มีความรู้ไม่แตกต่างกัน

3.เจตคติที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีต่อผู้ป่วย

พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติ 3.411 ผู้ดูแลผู้ป่วยมีเจตคติในทางบวกต่อผู้ป่วย 237 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.7 มีเจตคติทางลบ 113 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.3 โดยรวมแล้วเจตคติของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทางบวก แต่มีเจตคติในทางลบ ต่อผู้ป่วยในบางข้อ เช่น การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระหนัก พฤติกรรมที่ไม่ปกติของผู้ป่วยรบกวนผู้ดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องที่น่าเบื่อหน่าย การที่คนในบ้านทะเลาะกันมีสาเหตุมาจากตัวผู้ป่วย

เมื่อเปรียบเทียบเจตคติตามตัวแปรอิสระที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยชนิดเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยมีเจตคติที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน เจตคติของผู้ดูแลผู้ป่วยจะแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาการเป็นโรคนาน 2-10 ปี ผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีเจตคติในทางบวกต่อผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มอื่น

เจตคติของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อผู้ป่วยอาชีพต่างกัน จะมีเจตคติต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มที่รับราชการและรัฐวิสาหกิจ ผู้ดูแลจะมีเจตคติต่อผู้ป่วยดีกว่าผู้ป่วยอาชีพอื่น

เจตคติของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีรายได้ต่างกัน จะมีเจตคติต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้ 10001-20000 บาทผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีเจตคติที่ดีกว่าผู้ป่วยที่รายได้ต่ำกว่า

เจตคติของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีต่อผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีเจตคติที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีค่าเฉลี่ยของเจตคติต่ำสุดต่อผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสที่เป็นโสด

อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของเจตคติที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีเจตคติทางบวกมากกว่า

ตัวแปรทางด้านเพศของผู้ป่วย เพศของผู้ดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลทั้งสองโรงพยาบาล อายุของผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วย อาชีพ รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยต่างกัน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และการได้รับความรู้ที่แตกต่างกัน เจตคติต่อผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

3.รูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลผู้ป่วยมีรูปแบบการสื่อสารต่อผู้ป่วยเฉลี่ย 3.056 รูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นไปทางบวก 180 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.4 และผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีรูปแบบการสื่อสารในทางลบ 170 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.6 ในด้านผู้ดูแลต้องคอยควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยกระทำผิด, มีการบ่นหรือตำหนิผู้ป่วย, มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย, ผู้ดูแลคอยควบคุมจัดการหรือยุ่งเกี่ยวในชีวิตของผู้ป่วย และการทะเลาะเบาะแว้งกับผู้ป่วย

เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการสื่อสารกับตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยและไม่เคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของ โรงพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยมีรูปแบบการสื่อสารที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 โดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีรูปแบบการสื่อสารทางบวก มากกว่าผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน รูปแบบการสื่อสารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาการเป็นโรคนาน 2-10 ปี ผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีรูปแบบการสื่อสารทางบวกมากกว่ากลุ่มอื่น

อาชีพของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน รูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วย จะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยที่รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีรูปแบบการสื่อสารทางบวก มากกว่าอาชีพอื่น และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงานผู้ป่วยจะมีรูปแบบการสื่อสารทางลบมากที่สุด

รายได้ ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน รูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยที่มีรายได้ในช่วง 10001-20000 บาท ผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีรูปแบบการสื่อสารทางบวก มากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า

สถานภาพสมรส ของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน รูปแบบการสื่อสาร จะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 โดยกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสด ผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีรูปแบบการสื่อสารทางลบมากกว่ากลุ่มอื่น

อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน รูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจะมีรูปแบบการสื่อสารทางบวกมากกว่า

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ที่แตกต่างกัน รูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วย จะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อย มีรูปแบบการสื่อสารทางบวกมากกว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนานกว่า

4.ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ กับรูปแบบการสื่อสาร

ของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า รูปแบบการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับ เจตคติต่อผู้ป่วย ($r=0.812$) และรูปแบบการสื่อสารกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มีระดับความสัมพันธ์ในทางบวก ระดับปานกลางค่อนข้างน้อย ($r=0.341$)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยและอายุของผู้ดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ในทางลบระดับต่ำกับรูปแบบการสื่อสาร

5.ผลการวิเคราะห์ ตัวแปรในการร่วมพยากรณ์รูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วย

โดยการวิเคราะห์ ถดถอยแบบพหุขั้น ตอน ของตัวแปรที่มีผลในการพยากรณ์ รูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเจตคติต่อผู้ป่วย ($Att, b=0.742$), ระยะเวลาในการดูแล ผู้ป่วย ($TC, b= -0.001$) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย($KN, b=0.035$)อาชีพของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่ม ที่ทำงานบ้านหรือไม่ได้ทำงาน($OCC, b= -0.157$)

อภิปรายผลการวิจัย

1.ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.9 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-60 ปี ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับรุจิรา จงสกุล⁹⁾ และ นันทนา รัตนกร ⁽⁹³⁾ ในด้าน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเป็นพี่น้อง ร้อยละ 34.9 และบิดามารดา ร้อยละ 34.3

แต่ในด้านที่ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยเดิมของรุจิรา⁹⁾ ในด้าน อาชีพ รายได้ การ ใช้จ่าย ซึ่งอาชีพของผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการวิจัยก่อนหน้าเป็นอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 62.0 ในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่จะมีอาชีพค้าขายร้อยละ 27.1 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 16.1 เนื่องมาจากจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป อาชีพของผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเปลี่ยนมาประกอบอาชีพ ค้าขายและรับจ้างเพิ่มขึ้น

ในด้านระดับการศึกษาขั้นสูงสุดของผู้ดูแลผู้ป่วยยังคงเป็นระดับประถมศึกษาและร้อยละ 52.3 ซึ่งสอดคล้องกับวรกช นิธิกุล⁽⁸⁾ที่ศึกษาความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท,ดวงดา อุทุมพฤษพร⁽⁹⁴⁾ที่ศึกษาภูมิหลังส่วนตัวและครอบครัวของการกลับมารักษาซ้ำ ในผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่

2.ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย จากผลการวิจัยพบว่าระดับความรู้เฉลี่ยของผู้ดูแลผู้ป่วยคือ 6.960 ซึ่งส่วนใหญ่ มีความรู้ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน⁽⁹⁾ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.0 เมื่อติดตามตัวแปรต่างๆพบว่า

ระดับการศึกษาไม่ได้มีผลทำให้ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเข้ารับการอบรมของโรงพยาบาล การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ แพทย์พยาบาล เอกสารแผ่นพับ หรือป้ายประกาศ มีผลทำให้คะแนนด้านความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นข้อมูลหนึ่งที่ยืนยันให้เห็นว่า การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่แพทย์ พยาบาล การให้อบรมของโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ช่วย ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีแนวทางที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของ Leavitt⁽⁹⁵⁾ ได้สัมภาษณ์ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 16 ครอบครัวผลปรากฏว่าผู้ดูแลผู้ป่วย ยังไม่ได้รับการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

ในด้านการรักษาโรคจิตเภทด้วยเภสัชบำบัด โดยทั่วไปผู้ป่วยมักจำเป็นต้องรับประทานยาติดต่อกันเป็นเวลานาน การหยุดยาเองโดยแพทย์ ไม่ได้สั่ง ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น⁽⁶⁾ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยร้อยละ 38.9ที่คิดว่า เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถลดหรือเลิกรับประทานยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สงัน สุวรรณเลิศ และ ถัดดาวัลย์ ขวัญสง⁽²⁶⁾ที่ กล่าวไว้ว่า การที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยาเป็นปัญหาหนึ่งของญาติผู้ป่วยจิตเวช

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยร้อยละ 48.9 ที่เข้าใจผิดว่า เมื่อผู้ป่วยมีความคิดหลงผิดหวาดระแวง ควรจะบังคับหรือได้เถียงให้ผู้ป่วยเลิกคิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Creer⁽³⁵⁾ ที่กล่าวว่าประมาณ 1/3 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ศึกษา มีความคิดหลงผิดหลายแบบเช่น หลงผิดคิดว่า gas พิษกำลังรั่วเข้ามาในบ้าน หรือสมาชิกในครอบครัวกำลังวางแผนทำลายล้างเขา ความคิดนี้ออกมาในรูปของคำพูดและพฤติกรรม เช่น ไม่รับประทานอาหารที่ปรุงโดยคนหนึ่งที่เกี่ยวกับความหลงผิดผู้ป่วย ทำให้เป็นที่จับต้องใจของญาติซึ่งไม่แน่ใจว่าจะทำอะไรดี จะเห็นด้วยไปกับความคิดที่ผิดปกติของผู้ป่วยหรือไม่ ถ้าแสดงอาการเห็นด้วย จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยหลงผิดห่างไกลจากความจริงมากขึ้นหรือไม่ หรือควรบอกความเป็นจริงและให้ผู้ป่วยเลิกคิด นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้ในการดูแลผู้ป่วยด้านการสื่อสาร มีผู้ป่วยร้อยละ 44.3 เชื่อว่าการพูดคุยกับผู้ป่วย ต้องใช้ประโยคยาวๆ ที่มีรายละเอียดมากๆ และการดูแลผู้ป่วยที่ก้าวร้าวควรใช้เสียงดังขู่หรือทำให้ผู้ป่วยสงบ อีกร้อยละ 21.4 จากผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้ป่วยได้

3. คำนเจตคติ

ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติ 3.411 ผู้ดูแลผู้ป่วยมีเจตคติในบวกต่อผู้ป่วย 237 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.7 และเจตคติทางลบ 113 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.3 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ การศึกษาทัศนคติ ต่อความเจ็บป่วยทางจิต⁽³⁶⁾ ของประชากรเมืองเอเธนส์ ประเทศกรีก จำนวน 1574 ราย พบว่า ชุมชนมีทัศนคติไม่ยอมรับมากกว่ายอมรับ มีความหวาดระแวง และมีความอับอายต่อการเจ็บป่วยทางจิต

ในประเทศไทย ญาติยังมีความรู้สึกอับอาย ที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิต ดังเช่นการศึกษาของสงัน สุวรรณเลิศ⁽²⁶⁾ ซึ่งได้ศึกษาเจตคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วย พบว่า ญาติของผู้ป่วยจิตเวช มีปัญหาจากความรู้สึกอับอาย กลัวเสียประวัติ เพชรา อินอัม⁽³⁷⁾ ได้ศึกษาความคิดเห็นของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า แม้ญาติจะเห็นว่า ไม่ควรกักขังผู้ป่วยตลอดเวลา แต่ก็เห็นว่า ต้องดูแลผู้ป่วยไว้ไม่ให้ผู้ป่วยทำให้อาการอับอาย ต้องแยกผู้ป่วยไว้ ไม่ให้เกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ ญาติไม่ยอมให้ผู้อื่นรู้ว่า มีญาติป่วยเป็นโรคนี้ และมีญาติเกินกว่ากว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่า การมีผู้ป่วยโรคจิตในบ้านเป็นเรื่องน่าอับอาย

ญาติได้บรรยายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุของความอับอาย เช่น ผู้ป่วยอาจนั่งในท่าแปลกๆ บางคนหัวเราะหรือคุยคนเดียววนๆ Creer และWingกล่าวถึงปฏิกริยาของชุมชนที่สืบเนื่องจากทัศนคติทางลบต่อโรคจิตในชาวอังกฤษ เป็นความลำบากใจของญาติ เช่น สามีของผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “เมื่อเพื่อนๆทราบข่าวความเจ็บป่วย จะมองราวกับเป็นความอายชนิดหนึ่ง ดูเหมือนว่าพวกเขาจะมีทัศนคติในทางลบว่าจะไม่สามารถกลับคืนดีได้อีก” และมีความรังเกียจที่ผู้ป่วยมีอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี ร่างกายมีกลิ่นเหม็นน่ารังเกียจ

เมื่อพิจารณาตัวแปรทางด้านเพศ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางด้านเจตคติของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับคำกล่าวของ Secman⁽⁹⁹⁾ ที่ว่า เจตคติ ความคิด ความหวังต่อผู้ป่วยชายมากกว่าผู้ป่วยหญิง เจตคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยชาย ที่เป็นโรคจิต จะรู้สึกผิดหวัง เสียใจมีเจตคติทางลบต่อผู้ป่วยชายมากกว่าผู้ป่วยหญิง นอกจากนี้ ผู้ดูแลจะตำหนิ รู้สึกผิดและลงโทษตนเองมากกว่า บางรายงานกล่าวว่าผู้ป่วยเพศชายมักมีความก้าวร้าว ค่อสูั ทะเลาะเบาะแว้ง จากสถิติการหลบหนีของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยชายหลบหนีมากกว่าผู้ป่วยหญิง 5-7 เท่า⁽¹⁰¹⁾

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหญิงจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่อง “ความกลัวว่าผู้ป่วยจะถูกปล่อยทางเพศ” เนื่องจากสภาพของผู้ป่วย มีความผิดปกติทางด้าน ความคิด(Thought) อารมณ์ (Affect) และการรับรู้พฤติกรรม⁽⁹⁹⁾ เป็นจุดอ่อนของผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกปล่อยทางเพศได้ง่าย บางรายอาจเกิดการ ตั้งครรภ์นอกสมรสได้ Jenningsและคณะ⁽¹⁰⁰⁾ ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทหญิง เกือบ 1/4 ของกลุ่มตัวอย่างกระทำผิดทางเพศเช่น การตั้งครรภ์นอกสมรส การแท้งบุตร ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยหญิงมีความวิตกกังวล และมีเจตคติทางลบในด้านความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยชาย

ในด้านระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยมา 2-10 ปี เจตคติของผู้ดูแลผู้ป่วยจะแตกต่างกันผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นไปในทางบวกมากกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรช⁽⁵⁾ ที่ศึกษาความเครียดในญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่าเมื่อระยะเวลาการเจ็บป่วยนานขึ้น ญาติจะยอมรับผู้ป่วยจิตเภทหลังจากเวลาผ่านไปได้ดีขึ้น แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ตรงกันข้ามกับงานวิจัยเดิมพบว่าเมื่อเวลาผ่านไป เจตคติ

ของผู้ดูแลผู้ป่วยจะเป็นไปในทางลบเพิ่มขึ้น อาจมีสาเหตุเนื่องมาจาก ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ไม่พบความก้าวหน้าในการรักษา พบแต่ความเสื่อม ไร้สมรรถภาพในด้านต่างๆ หรือมีอาการคงที่ถ้าได้รับยาสม่ำเสมอ รวมถึงความวิตกกังวล เมื่อเวลาผ่านไป ถ้าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วยจะดำรงชีวิตอย่างไรและ ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุมาก จะมีความวิตกกังวล ไม่ทราบว่าจะอยู่กับใครถ้าตนเสียชีวิตไป อาจเป็นผลทำให้ ผู้ดูแลผู้ป่วยมีเจตคติทางลบ เมื่อระยะเวลาการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

อาชีพและรายได้ การศึกษารัชนีพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีเจตคติคือ ผู้ป่วยที่มีรายได้ และอาชีพต่างกันเจตคติจะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับ ประไพรัตน์ ทิพยมณฑล⁽⁹⁾ รายงานว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีรายได้น้อย ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยาวนาน รวมถึงต้องเสียเวลาการประกอบอาชีพเพื่อที่จะดูแลผู้ป่วย เพราะโรคจิตเภทนี้เป็นโรคเรื้อรัง จารุวรรณ ค.สกุล⁽¹¹⁾ ได้ทำการวิจัยพบว่าการมีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านทำให้เกิด ผลกระทบด้าน เศรษฐกิจต่อครอบครัว รงนา กุลรัตน์⁽¹⁰²⁾ รายงานว่า ญาติผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาเดือดร้อนด้านความกังวลใจระดับสูงในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเพชร อินอัม พบว่า ญาติมีความเห็นว่าการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาล ปัญหาในด้านเศรษฐกิจจะยิ่งรุนแรงมากขึ้นเมื่อ ผู้ป่วยจิตเภทเคยเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว บางครั้งผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถจัดการเรื่องการเงินได้ เช่น ใช้จ่ายสุร่ยสุร่าย หรือทำเงินสูญหาย ซึ่งทำให้เกิดความตึงเครียดในครอบครัว ส่วน Baker⁽³²⁾ พบว่าครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเสียค่าใช้จ่ายของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้เงินออมหมดสิ้นไป และนำไปสู่ความลำบากอย่างรุนแรง

จากผลการวิจัยเจตคติของผู้ดูแลผู้ป่วย จะเป็นห่วงเป็นใยผู้ป่วยร้อยละ 86.9 รู้สึกว่าผู้ป่วยควรได้รับการเอาใจใส่ดูแล ร้อยละ 70.4 แต่ยังมีเจตคติทางด้านลบ ในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระหนัก ร้อยละ 50.9 พฤติกรรมที่ไม่ปกติของผู้ป่วยรบกวนการใช้ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยถึงร้อยละ 40.0 กลัวผู้ป่วยทำความเดือดร้อนหรือทำอะไรผิดพลาด ร้อยละ 34.1 ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัย⁽³²⁾ ที่กล่าวว่า การใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท มีผลกระทบต่อครอบครัวหลายด้านทั้งชีวิต ครอบครัว ส่วนตัว และสังคม ที่เนื่องมาจากการพยายามทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และพฤติกรรมหลายอย่างที่รบกวนและเป็นปัญหา

ต่อญาติ เช่น ผู้ป่วยนอนกลางวัน กลางคืนส่งเสียงคัง คุยกับตนเอง ผู้ป่วยบางรายวิ่งรอบบ้านอย่างไร้จุดหมาย การหนีออกจากบ้าน การเร่ร่อน⁽²¹⁾ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาอีกอย่างหนึ่งคือพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย⁽¹⁰³⁾ Torrey พบว่าผู้ป่วยจิตเภทฆ่าตัวตายประมาณ 3800 คนต่อปี⁽¹⁰⁴⁾ การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยบางรายเนื่องมาจากอาการหูแว่ว มีเสียงสั่งให้ผู้ป่วยทำลายตนเอง เช่น งดรับประทานอาหาร กระโดดสะพาน บางรายอาจเป็นผลจากความรู้สึก (Grandiose feeling) เช่น ผู้ป่วยมีพลังพิเศษบินได้ เดินบนผิวน้ำได้ ซึ่งเสี่ยงต่อความบาดเจ็บและความตาย

การมีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลถือเป็นภาระ⁽⁸⁾⁽⁸²⁾ ในด้านรูปธรรม ที่มองเห็นได้ชัดเจน เช่นการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับกวนต่อกิจกรรมภายในบ้าน การเสียเวลาและพลังงานในการติดต่อกับหน่วยงานทางจิตเวช การเสียค่าใช้จ่าย ความขัดแย้งกับเพื่อนบ้าน ภาระด้านนามธรรม เป็นภาระที่เกิดขึ้นในใจของผู้ดูแลผู้ป่วย ความเศร้า โศกเสียใจ ความรู้สึกผิด ความเครียดจากพฤติกรรม ความรู้สึกอับอาย ความกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อเจตคติของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

4.ด้านรูปแบบการสื่อสาร พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีรูปแบบการสื่อสารทางบวก ร้อยละ 53.4 และรูปแบบการสื่อสารทางลบ ร้อยละ 46.6

เมื่อพิจารณาตามตัวแปรต่างๆ เช่น ตัวแปรทางด้านเพศ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ ตัวแปรทางด้านเพศทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่มีความแตกต่างด้านการสื่อสาร ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีรัตน์ ธนาคม⁽¹⁰⁵⁾ กล่าวว่า เพศหญิงจะมีลักษณะ เข้าอารมณ์ จุกจิก หุยมหิมและหงุดหงิด มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ภายในร่างกายระหว่าง การมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ การหมดประจำเดือน ในเพศหญิงมีการพัฒนาของสมองส่วนที่ทำหน้าที่ในการเลือกใช้ภาษาและ คำพูดมากกว่าเพศชาย

ส่วนความเชื่อทางวัฒนธรรมและสังคม ที่เน้นให้เพศชายมีความอดทนและอดกลั้น ในการแสดงความรู้สึกมากกว่าเพศหญิง ตามคำกล่าวของ Szmulker⁽¹⁰⁶⁾ ที่ว่าเพศหญิงมีความ

แตกต่างกับเพศชาย โดยเพศหญิงจะมีการสื่อสาร ในด้านสามารถแสดงความรู้สึก พุดคุย
ปรึกษา และวิจารณ์ได้ดีกว่าเพศชาย

ระดับการศึกษา การได้รับความรู้ การเข้ารับการอบรมในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความ
แตกต่างของรูปแบบการสื่อสารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ
วรกช นิธิกุล⁽³⁾ ที่ศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่า “ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษา
ต่ำหรือไม่มีการศึกษา ขาดความรู้ความเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โอกาสที่สมาชิก
ในครอบครัว จะแสดงสีหน้าท่าทาง และคำพูดที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยมากขึ้น”

ความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วย การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่
แตกต่างกัน รูปแบบการสื่อสาร จะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยรูปแบบการ
สื่อสารในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นพี่-น้องกับผู้ป่วยจะมีรูปแบบการสื่อสารในทางบวกมากกว่ากลุ่ม
อื่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Kreisman)⁽³⁵⁾⁽⁹⁶⁾ ที่กล่าวว่า บิดามารดาจะมีความรู้สึกผิด
เกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย บิดาจะโทษตัวเองที่เห็นห่างกับบุตร มารดาจะโทษตนเอง
ที่แสดงอารมณ์กับบุตรมากเกินไป บางครั้งจะหมกมุ่นเข้าไปปกป้อง ควบคุมยุ่งเกี่ยวกับผู้
ป่วยมากเกินไป ทำโทษ คำหยาบ เข้มงวดหรือปล่อยปละละเลยมากเกินไป บิดามารดา จะ
ตำหนิกันและกัน กล่าวโทษผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุของความยุ่งยาก บางครั้งผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า
ผู้ป่วยมีพฤติกรรม ที่ยากต่อการควบคุม ผู้ดูแลจึงต้องใช้ความรุนแรงกับผู้ป่วย⁽¹⁰⁷⁾

การศึกษาของ Creer และ Wing⁽³⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่แยกตัวจากสังคม ไม่
ค่อยพุดคุยกับใครแม้กระทั่งผู้ดูแลผู้ป่วย และมีลักษณะคำพูดที่แปลกประหลาด เป็นที่
กระทบกระเทือนใจต่อครอบครัว บางครั้งผู้ป่วยจะขาดทักษะการสื่อสารและการเข้าสังคม
บิดามารดาของผู้ป่วยชายรายหนึ่งบรรยายว่า “ผู้ป่วยจะชอบเข้าไปพุดคุยกับแขกที่เข้ามาในบ้าน
และจะคุยกับคนนั้นไม่หยุดจนกว่าจะมีคนในบ้านมาช่วยเหลือและห้ามปราม” บางครั้ง
ผู้ป่วยจะพุดแปลกๆ ไม่เข้ากับเรื่องที่สนทนากัน ภรรยาผู้ป่วยคนหนึ่งพุดด้วยความเสียใจว่า
“พวกเราไม่เคยได้รับเชิญไปที่ใดมากกว่า 1 ครั้ง”

การวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยคอยควบคุมดูแลไม่ให้ผู้ป่วยกระทำผิดถึง ร้อยละ
63.1 บ่นและตำหนิผู้ป่วย ร้อยละ 62.0 วิพากษ์วิจารณ์การกระทำของผู้ป่วย ร้อยละ 48.3 ผู้

ดูแลผู้ป่วย เข้าไปควบคุมจัดการยุ่งเกี่ยวในชีวิตของผู้ป่วย ร้อยละ 46.9 ซึ่งสอดคล้องกับการสื่อสารและแสดงอารมณ์อย่างสูงของ Leff และ Vaughn⁽¹⁵⁾⁽⁹⁾⁽⁶²⁾ และ Nugter⁽¹⁰⁸⁾ กล่าวว่า บิดามารดาของผู้ป่วยจิตเภทจะมีระดับการสื่อสารที่ผิดปกติสูงกว่า ครอบครัวที่บิดามารดามีลูกปกติ ในด้านการแสดงออกทางอารมณ์(HEE)ที่มากเกินไป การสื่อสารที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ (Communication deviance) และการแสดงความรู้สึกทางลบ (AS) มากเกินไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wichstrom⁽¹⁰⁹⁾ ที่กล่าวว่า การสื่อสารในพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเภทต่อผู้ป่วยมีการตอบรับ การยืนยันการรับปาก การตกลง และมีความมั่นคงแน่นอนในคำพูด ในระดับต่ำกว่าพ่อแม่ที่สื่อสารกับลูกในครอบครัวที่ปกติ

นอกจากนี้ มีงานวิจัยของ Hausser กล่าวว่า การสื่อสารของพ่อแม่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง พ่อแม่ที่มีการสื่อสารทางบวก ในด้านมีวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม การเผชิญปัญหา มีความเป็นกลาง บุตรจะเห็นคุณค่าในตนเอง และมีความเชื่อมั่นเป็นตัวของตัวเองมากกว่า บุตรที่บิดามารดามีการสื่อสารทางลบ ถึงสำคัญในการพัฒนาตนเอง เกี่ยวกับภาพพจน์ ของตนเอง (Self Concept) การให้คำจำกัดความเกี่ยวกับตนเอง คุณค่าและความหมายของตนเองต่อผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับ Caral⁽¹¹⁰⁾ ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการสื่อสารทางลบ จะมีการแยกตัว ขาดมนุษยสัมพันธ์และมองโลกในแง่ร้าย ทำให้ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางด้านสังคม(Social Support) เพื่อช่วยเหลือตนเอง และผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลได้

จะเห็นได้ว่าการสื่อสารเป็นปัจจัยทางจิต-สังคม(Psycho-social)ที่สำคัญ ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยควรมี การสื่อสารในทางบวกเพื่อที่จะช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของโรค เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ช่วยลดความเครียดของคนในครอบครัว และช่วยประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ จากผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระดับปานกลาง การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ เอกสาร และการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล มีผลอย่างมากในการเพิ่มประสิทธิภาพ ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วย และเจตคติมีส่วนสำคัญในการกำหนดรูปแบบการสื่อสารที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีต่อผู้ป่วย เพื่อที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ควรจะมีการให้ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย เจตคติและการมีรูปแบบการสื่อสารทางบวกที่ผู้ดูแลผู้ป่วยควรจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่น ⁽¹¹¹⁾

- ◇ หลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในทางไม่ดีทั้งคำพูดน้ำเสียงท่าที
- ◇ ยอมรับผู้ป่วยตามสมควร รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยความเห็นใจ ให้ความรัก ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยตามสมควร ไม่แสดงความรำคาญต่อความประพฤติของผู้ป่วย
- ◇ หลีกเลี่ยงการแสดงความโกรธเกลียดหรือรังเกียจผู้ป่วย ตัวอย่างที่แสดงความโกรธ เกลียดนี้ได้แก่ ความไม่สนใจ ไม่พูดคุยกับผู้ป่วยเลย การคอยจับผิดคำหุนหันอนอย่างไม่มีเหตุผล การดูว่าผู้ป่วยจากเรื่องหนึ่งแล้วพาดพิงไปถึงอีกเรื่องอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกัน เช่น ผู้ป่วยไม่ช่วยงานบ้านก็ตำหนิว่า “ไม่ช่วยงานบ้านเลย เป็นคน ขี้เกียจต้นหลังยาว เรียนหนังสือก็ไม่จบ งานก็ไม่ทำ เป็นคนที่แย่มากที่สุด”
- ◇ ไม่พูดข่มขู่ให้ผู้ป่วยกลัวหรือวิตกกังวล
- ◇ ไม่ผลักไสไล่ส่งให้ผู้ป่วยไปอยู่ที่อื่นเช่น ให้ไปอยู่โรงพยาบาล หรือไปอยู่บ้านคนอื่นหรือให้อยู่คนเดียว
- ◇ ไม่แสดงความหวังใยผู้ป่วยจนเกินไป บ่อยครั้งที่ญาติทำเช่นนี้ต่อผู้ป่วยด้วยความหวังดี แต่จะเป็นผลร้ายต่อผู้ป่วย ญาติไม่ควรดูแลเสมือนกับเป็นเด็ก ที่ต้องทำอะไรให้เขาหมด ไม่ควรจะวิตกกังวลกับผู้ป่วยจนเกินไป ไม่จำเป็นต้องไปช่วยวางแผนชีวิตให้ผู้ป่วยไปเสียทุกเรื่อง เพราะจะทำให้เขาขาดความรับผิดชอบ กลายเป็นคนที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นตลอดเวลา และถดถอยกลับเป็นเด็ก ซึ่งจะทำให้อาการกำเริบได้อีก

- ◇ ไม่แสดงความตกใจหรือประหลาดใจในเรื่องที่ผู้ป่วยเล่า
- ◇ หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่ก่อให้เกิดความกังวลใจ ความตึงเครียดหรือโต้เถียงกับผู้ป่วย
- ◇ ไม่กล่าวซ้ำเติมความล้มเหลวของผู้ป่วย
- ◇ หลีกเลี่ยงการพูดที่ลงโทษในรายละเอียดที่มากเกินไป การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทควรจะสั้น กระชับ และสื่อความหมายได้ตรงประเด็นและชัดเจน
- ◇ ไม่ควรให้คำมั่นสัญญาแก่ผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้

การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกระทำได้หลายทางได้แก่

* การให้ความรู้ที่ตักเตือนผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน แก่ญาติผู้ป่วยในเรื่องโรค การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านขณะที่มารับผู้ป่วยกลับบ้าน ในลักษณะรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ส่วนผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลควรพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง เตรียมผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายเพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วยและให้มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย

* การให้ความรู้และการสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ดูแลผู้ป่วย ในด้านการสื่อสารอย่างยั่งยืนและเป็นรูปธรรม การให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) เช่น โครงการในการอบรม การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท (Prelapse Preventing Relapse in Schizophrenia) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหัวข้อการสื่อสารร่วมอยู่ด้วย

* พัฒนาทักษะการสื่อสารทางบวก เช่น การให้ positive reinforcement เมื่อผู้ป่วยทำสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการ โดยการให้คำชม ให้รางวัล การยิ้ม การสัมผัสที่อบอุ่น ฝึกทักษะการรับฟังอย่างเป็นกลาง และทักษะการแก้ปัญหาให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย

* ในกรณีที่พบว่าครอบครัวปฏิเสธ ไม่ยอมรับเนื่องจากการมีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก ควรมีการนัดหมายญาติผู้ป่วยที่มีเจตคติที่ดีและไม่ดีต่อผู้ป่วยเพื่อมาเข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่อง เพื่อญาติจะได้แลกเปลี่ยนปัญหาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้ญาติเกิดการยอมรับผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยสามารถดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้

* ประสานงานกับกลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพชุมชน เพื่อเผยแพร่บทความเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่เน้นในด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคการดูแลรักษาผู้ป่วย เจตคติต่อผู้ป่วย และการสื่อสารต่อผู้ป่วย เพื่อให้ชุมชนยอมรับและเกิดความเข้าใจให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับครอบครัวขณะอยู่ในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย

นอกจากวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยแล้ว การระดับประคองครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่สำคัญเนื่องจาก ผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม จึงควรช่วยเหลือครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤติที่กำลังจะหมดความต้องการในการดูแลผู้ป่วย อาจจะมีการจัดตั้งหน่วยงานเช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ตำรวจ อาสาสมัครช่วยเหลือผู้ป่วย ที่จะสามารถระดับประคองให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น การเยี่ยมบ้าน การมีที่พักฉุกเฉิน หรือมีเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปจัดการเข้าไปชุมชน ในการควบคุมหรือช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย (Emergency Service, Out Reach Service) ในกรณีที่ผู้ป่วยทำร้ายผู้ดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. เปรียบเทียบรูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กับ การสื่อสารในครอบครัวปกติ เป็นงานวิจัยที่มีลักษณะการวิจัยแบบ Case - Control Study
2. ศึกษารูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งคล้ายกับงานวิจัยในครั้งนี้ แต่มีการเปลี่ยนกลุ่มประชากรที่ศึกษา
3. ศึกษารูปแบบการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยต่อผู้ป่วย เป็นการศึกษาวิจัยลักษณะเดียวกัน มีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และควรมีการเก็บข้อมูลในด้านอาชีพของผู้ป่วย เปรียบเทียบ ก่อนและขณะเจ็บป่วยเพื่อที่จะได้ทราบถึงลักษณะของผู้ป่วยอย่างชัดเจน