

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง(One group pretest -- posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว

สมมุติฐานการศึกษา

ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สถานีอนามัยตำบลตุ๊ก อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในเขตตำบลตุ๊ก อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง จำนวน 20 ครอบครัวที่อยู่ในพื้นที่ตำบลตุ๊ก ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- 1) เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรของผู้ป่วยจิตเภท
- 2) เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง
- 3) มีอายุระหว่าง 20-60 ปีทั้งชายและหญิง
- 4) สามารถสื่อสาร โดยใช้ภาษาไทยได้ และ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
- 5) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD10 สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 3 ประเภทคือ

1. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว (Family psychoeducation) ซึ่งผู้ศึกษาได้

พัฒนามาจากโปรแกรมของจิราพร รักการ ที่นำแนวคิดของAnderson et al. (1980)มาใช้ ประกอบด้วย การให้ความรู้ครอบครัว (Family education) และข้อมูล (Information) เกี่ยวกับโรค การรักษาและการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skills) การสอนวิธีการเผชิญความเครียด (Coping skills) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการติดต่อสื่อสาร (Communication skills) โดยมีปรับปรุงเนื้อหาการทำกิจกรรมในโปรแกรมเพิ่มเติมจากเทคโนโลยีการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภทของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2541) และ เทคโนโลยีการให้ความรู้และทักษะแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทสำหรับบุคลากรสาธารณสุข สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา (2547) มีรูปแบบกิจกรรมดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ
- กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
- กิจกรรมที่ 3 วิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา
- กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
- กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
- กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะทางสังคม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาพัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544)) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาวะในการดูแล 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ใช้การประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ผู้ศึกษานำไปหาความเชื่อมั่นซ้ำอีกครั้งโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอสรรพยา ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนยกเว้นตำบลลูกที่ทำการศึกษา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นมาหาค่าความเที่ยงโดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach`Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 และนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเครื่องมือที่นำมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติของสุภาภรณ์ ทองครา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ LeNey (1987) นำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอสรรพชกเว้นตำบลลูกที่ทำการศึกษาล้วนนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

3.2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ ตวงรัตน์ แซ่เตี๋ย (2546) ซึ่งใช้แนวคิดของ House (1980) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ เมื่หาค่าคะแนนรวมเป็นรายด้าน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ แล้วแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ย (ประคอง กรรณสูตร, 2542) คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการสนับสนุนทางสังคมต้องมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในเกณฑ์ดี ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

ขั้นการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1.1 เตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาโครงการศึกษาอิสระที่กล่าวมาในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.2 การเตรียมตัวผู้ศึกษาได้เตรียมความรู้และฝึกทักษะในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้ฝึกทักษะในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม

1.3 นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและคู่มือในการดูแลผู้ป่วยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความเหมาะสม โดยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วย

จิตเภท ในการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว ผู้ศึกษาจะดำเนินการสอนด้วยตนเอง กับทุกครอบครัว โดยมีบทบาทเป็นผู้นำกลุ่มตลอดการดำเนินการ โดยผู้ศึกษาจะเดินทางไปที่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.4 ประสานงานกับโรงพยาบาลสรรพยาและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยาและสถานีอนามัยบ้านหนอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการขอความร่วมมือในการทำการศึกษ

1.5 เตรียมผู้ช่วยในการศึกษา เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม โดยมีหน้าที่ช่วยเหลือในระหว่างการทำกิจกรรมเช่น ช่วยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม จัดบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์

1.6 ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ครอบครัว ตามขั้นตอนการคัดเลือก แนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

1.7 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมศึกษา ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมศึกษาและสอบถามข้อมูลทั่วไปและนัดเข้าร่วมกิจกรรมตาม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการศึกษา

ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว โดยให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้านจำนวน 20 ครอบครัว ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45 – 60 นาทีวันละ 4 ครอบครัว เข้า 2 ครอบครัว ภาย 2 ครอบครัว รวม 5 วัน/สัปดาห์ จนครบ 20 ครอบครัว

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3

สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4, 5 และ 6

ผู้ศึกษาประเมินความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือการกำกับการศึกษา ภายหลังจากเสร็จสิ้น โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว ผู้ศึกษาจะทำการประเมินทันที ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ทุกครอบครัว มีคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการประเมินภาระของผู้ดูแลโดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการดำเนินกิจกรรมจากนั้นเมื่อดำเนินกิจกรรมจบครบ 3 สัปดาห์ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการประเมินภาระในการดูแลผู้ช่วยอีกครั้งด้วยแบบประเมินชุดเดิมภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวแล้วเป็นเวลา 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวของผู้ดูแลผู้ช่วยจิตเภทมาคำนวณโดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ช่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลผู้ช่วยจิตเภท ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนภาระของผู้ดูแลผู้ช่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ช่วยจิตเภท โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent T-test

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะของผู้ดูแลผู้ช่วยจิตเภท พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 เพศชายร้อยละ 20 อายุของผู้ดูแลผู้ช่วยจิตเภทโดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40- 49 ปีร้อยละ 50 สถานภาพคู่ร้อยละ 65 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 65 นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างหรือรับราชการร้อยละ 30 มีรายได้ไม่พอเพียงกับรายจ่ายร้อยละ 60 มีความสัมพันธ์กับผู้ช่วยในฐานะพี่ร้อยละ 40 และมารดาร้อยละ 35 และระยะเวลาในการดูแลผู้ช่วยจิตเภทโดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดูแลระหว่าง 11 - 20 ปี

2. ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยภาระในการดูแลผู้ช่วยของผู้ดูแลผู้ช่วยจิตเภทในด้านภาระเชิงปรนัย และภาระเชิงอัตนัย ก่อนหลังและการใช้โปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาภาระโดยรวม ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ช่วยจิตเภท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระในการดูแลผู้ช่วยจิตเภทของผู้ดูแล ด้านภาระเชิงปรนัย จำแนกตามรายชื่อ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 โดยที่คะแนนหลังการใช้โปรแกรม ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมและเมื่อพิจารณาข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด หลังการใช้โปรแกรมคือ “การดูแลผู้ป่วยรบกวนกิจวัตรประจำวัน” ($\bar{X} = 2.55$, $SD = .759$) ซึ่งถือว่ามีภาวะการดูแลอยู่ในระดับ ปานกลางและส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ “ผู้ป่วยอาจจะวาดจะทำร้ายท่านหรือสมาชิกจนได้รับบาดเจ็บ” ($\bar{X} = 1.60$, $SD = .681$) ซึ่งถือว่ามีภาวะการดูแลอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ด้านภาวะเชิงอัตนัย จำแนกตามรายชื่อ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่คะแนนหลังการใช้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เมื่อพิจารณาข้อที่มีคะแนนสูงสุด และข้อที่มีคะแนนต่ำสุด พบว่าข้อที่มีคะแนนสูงสุดหลังการใช้โปรแกรม คือ “ความรู้สึกสงสารผู้ป่วย” ($\bar{X} = 3.70$, $SD = .571$) ซึ่งถือว่ามีภาวะการดูแลอยู่ในระดับมากและข้อที่มีภาวะต่ำสุดคือ “ความรู้สึกกลัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง” ($\bar{X} = 1.40$, $SD = .598$) ซึ่งถือว่ามีภาวะการดูแลอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว จำแนกโดยรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน ข้อ 12, 13, และข้อ 17 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนการยอมรับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ข้อ 12 “ท่านรับรู้ว่าคุณเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” ($\bar{X} = 4.25$, $SD = .716$) ซึ่งถือว่ามีภาวะการยอมรับและเห็นคุณค่าสนับสนุนการดูแลอยู่ในระดับมาก ข้อ 13 “ท่านรู้สึกว่าคุณมีคุณค่าเพิ่มขึ้นเมื่อได้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” ($\bar{X} = 4.25$, $SD = .716$) ซึ่งถือว่ามีภาวะการสนับสนุนการยอมรับและเห็นคุณค่าสนับสนุนการดูแลอยู่ในระดับมากและ ข้อ 17 “ ท่านได้รับการนัดหมายจากบุคลากรทางการแพทย์ให้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามกำหนดนัด” ($\bar{X} = 3.65$, $SD = 1.268$) ซึ่งถือว่ามีภาวะการสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก

สรุปได้ว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานคือ ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาการใช้ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สถานีนอนาบีล้ามตลุก อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ผลการศึกษาพบว่า ภาวะโดยรวมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว หลังการใช้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณา รายด้านพบว่าหลังการใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีภาวะใบการดูแลผู้ป่วยทั้งภาวะเชิงปริมาณและภาวะเชิง อัตนัย ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานนั้นคือการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวทำให้ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภทลดลง ผู้ศึกษาจะขออภิปรายผลจำแนกตามภาวะการดูแลในภาพรวมและรายด้าน ดังนี้

1. หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวช่วยให้ภาระการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมลดลงเนื่องจาก โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวเป็นรูปแบบจำเพาะ เจาะจงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายครอบครัว โดยร่วมมือกันระหว่างผู้นำบ้กับครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวเปิดโอกาสให้มีการซักถามโดยตรงตาม สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น (Aderson et al.,1980) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะ รวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคองและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย(Aderson, Hogarty & Reiss, 1980) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวเป็นรูปแบบการให้ครอบครัวเข้ามามี ส่วนร่วม (Participation) ในการดูแลสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัวประกอบด้วยการสร้าง ความสัมพันธ์กับครอบครัว (Joining) คือเป็นการเข้าถึงระบบครอบครัวของผู้ป่วย การที่ผู้ศึกษา พยายามสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับช่วยก่อให้เกิดความ ร่วมมือที่ตีรวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัวต่อไป

ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมของจิราพร ริกการ ที่นำแนวคิดของAnderson et al. (1980) พบว่าการดำเนินการให้ความรู้แก่ครอบครัวซึ่งประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และ สมาชิกในครอบครัวช่วยให้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยก่อให้เกิดการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและแนวทางในการดูแล การให้ความรู้ถือว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมและเพิ่ม ทักษะการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยได้ เกิดการ ปรับทัศนคติและความคาดหวังในตัวผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยอันเป็นการ สนับสนุนทางด้านจิตใจ นอกจากนี้การได้เรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหา การฝึกทักษะในการเผชิญ ปัญหาและการผ่อนคลายความเครียด รวมถึงการได้มีการพัฒนาทักษะทางสังคม อีกทั้งยังก่อให้เกิด การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิด ทักษะและดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง ส่งผลให้ภาระ ในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลที่บ้าน

โดยให้ความรู้และการฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ หรือการให้ความรู้และการฝึกทักษะกับญาติผู้ดูแลหลักเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ในการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวของผู้ศึกษาครั้งนี้พบว่า การจัดกิจกรรมที่เล็งเห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและให้การยอมรับในการแสดงบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและครอบครัวจะช่วยส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลลดลง ครอบครัวมีการปรับตัวและการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น (Robinson, 1994) รวมทั้งลดการกลั่นแกล้งเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; ครุณี กชพรหม, 2543)

2. เมื่อพิจารณาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว จำแนกตามรายด้าน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.1 คะแนนภาระเชิงปรนัยของผู้ดูแล พบว่าคะแนนภาระในการดูแลเชิงปรนัย จำแนกตามรายข้อทุกข้อหลังการใช้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายได้ว่าเนื่องจากภาระเชิงปรนัย (Objective burden) ซึ่งเป็นลักษณะความเหนื่อยยากในการดูแลที่เกิดจากงานหรือกิจกรรมที่ต้องรับผิดชอบต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตความเป็นอยู่ เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาทางเศรษฐกิจสอดคล้องกับการดูแลของ Gallant (1998) พบว่าภาระเชิงปรนัยของผู้ดูแลเป็นลักษณะความเหนื่อยยากของกิจกรรมจากการดูแลโดยตรงส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีปัญหาทางด้านทางเศรษฐกิจ มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ทั้งนี้จากการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง (รัชนิกร อุปเสน, 2541; วรช นธิกุล, 2535; เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) ซึ่งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวส่งผลให้ภาระทางด้านปรนัยลดลงจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปฏิบัติหน้าที่ที่มีความเข้าใจในปัญหาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่และครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมและช่วยเหลือแบ่งเบาภาระในการดูแลด้านต่างๆ

2.2 เมื่อพิจารณาคะแนนภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแล พบว่า ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย จำแนกตามรายข้อทุกข้อ หลังการใช้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่าเนื่องจากภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติ เกิดเนื่องมาจากความรู้สึกสงสารผู้ป่วย ดังนั้นค่าคะแนนจึงแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพี่ร้อยละ 40 และรองลงมาเป็นมารดา ร้อยละ 35 ซึ่งเป็นผู้ที่มีความผูกพันทางสายเลือดกับผู้ป่วยทำให้เกิดความรู้สึกสงสาร

ต้องการให้ผู้ป่วยหายไม่มีความแตกต่างของการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระระดับมากทั้งก่อนและหลัง การศึกษา โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ 4 ช่วยพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ดูแลมีทักษะในการเผชิญความเครียดที่ดีจะสามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น (วารุณี อมรทัต, 2531 ; ชูทิศ ปานปรีชา, 2531; วีระ ชัย ศรีสุข, 2533 และเอก ณะศิริ, 2533 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

3. คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว จำแนกตามรายชื่อ 19 ข้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 ซึ่งคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับสูงกว่าร้อยละ 80 โดยการยอมรับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในเกณฑ์สูงกว่ารายชื่ออื่นมี 3 ข้อ ในข้อ 12 มีการรับรู้ว่าคุณเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ข้อ 13 รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้นเมื่อได้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และข้อ 17 มีการนัดหมายจากบุคลากรทางการแพทย์ให้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามกำหนดนัด ซึ่งถือว่าการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก จะเห็นได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวเป็นกิจกรรมที่สนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมและเป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณ โน, 2541) ส่งเสริมความร่วมมือ การพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ดังนั้นสรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวมีผลต่อการลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรค เรียนรู้วิธีในการดูแลผู้ป่วย การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย มีทักษะในการเผชิญปัญหาและได้ฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาในสถานการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจริง รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจซึ่งกันและกันภายในครอบครัว ตลอดจนมีทักษะในการสื่อสารและเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำเอาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว ไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เนื่องจากเป็นลักษณะของการให้ความช่วยเหลือทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวซึ่งนับเป็นบริบทที่มีความสำคัญในการที่จะให้ความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเภท ทั้งยังเป็นโปรแกรมที่จะช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพและความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นในครอบครัวและชุมชน

2. บุคลากรทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ควรให้ความสำคัญของการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการจัดกลุ่มญาติ กลุ่มผู้ป่วย หรือกลุ่มเครือข่าย การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคมในชุมชนเพื่อให้ได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาของกันและกัน โดยการระดมระดมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการร่วมมือกันในการดูแลช่วยเหลือกันเองที่บ้าน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่ในครอบครัวและในชุมชนได้นานที่สุดและเป็นการลดอัตราการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

3. การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวไปใช้ ผู้ที่จะนำโปรแกรมนี้ไปใช้ต้องเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์และพื้นฐานการสอน การทำกลุ่ม มีความรู้ความเข้าใจในบริบทของครอบครัว รวมทั้งมีความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ควรมีการทำความเข้าใจกันเนื้อหา และขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมนี้ก่อนนำไปใช้ และถ้าจะมีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพควรมีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

4. บุคลากรทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ควรให้ความสำคัญของการสร้างเครือข่ายการดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยจัดการอบรมแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้ได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันรวมถึงการสร้างทัศนคติ ทักษะการจัดการปัญหาเบื้องต้น และสามารถนำส่งผู้ป่วยต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อไปได้ก่อนที่จะเกิดอาการรุนแรง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาหาแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามผลระยะยาวเพื่อเป็นการเสริมความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการติดตามผลระยะยาวอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลได้มากขึ้น ถ้าผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีจะลดอัตราการป่วยซ้ำ
2. ควรมีการศึกษาผลของการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวระหว่างที่ผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนออกชุมชนในเรื่องการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา
3. ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนเช่นเดียวกันเช่น ในกลุ่มของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทว่าภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันหรือไม่และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช