บทที่ 5
สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังทำการศึกษา โดยทำการศึกษา การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการศึกษา

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท หลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท สูงกว่าก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD10) มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 20-60 ปี จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถควบคุมตนเองได้ มีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน สามารถสื่อสารได้ดียินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คนซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับบ้าน ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน เป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. การคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท

1.1 ผู้ศึกษา ศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 20-60 ปีและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD10) ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร

1.2 สัมภาษณ์และทำแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน

2. การคัดเลือกผู้ดูแล

เป็นบุคคลที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย ของประชากรที่ใช้ในการศึกษา มีการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันในครอบครัวและชุมชน อาศัยอยู่บ้านเดียวกับประชากรและให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ในปัจจุบัน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วย ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก

ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา แก่ประชากรและสมาชิกในครอบครัว เพื่อเปิดโอกาสให้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษา ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมและสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมตามที่กำหนด ตลอดจนลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและนัดหมายวัน เวลาในการดำเนินกิจกรรมตามการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท จนครบ 5 กิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือ

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับปรุงจากการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) ของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) ประกอบด้วย การให้ความรู้ครอบครัว (family education) และให้ข้อมูล (information) เกี่ยวกับโรค การรักษา พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาละการจัดการเมื่อเกิดอาการข้างเคียง ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-60 นาที ซึ่งในโครงการศึกษาอิสระนี้ ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท เป็นรายกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) ที่ให้ความสำคัญในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและเรียนรู้ที่จะติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผลลัพธ์ที่ได้คือสมาชิกเกิดการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกประคับประคองร่วมกัน มีการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่เหมือนกันและพัฒนาปรับปรุงไปในทางที่เหมาะสมก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด (Therapeutic factors) ต่างๆ ดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 4 กลุ่ม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ สัญชาติ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของผู้ป่วยต่อเดือน อายุของผู้ป่วยเมื่อเริ่มเจ็บป่วยครั้งแรก ระยะเวลาการ

เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการรักษาปัจจุบัน สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

2) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงมาจากสุวิมล สมัตถะ (2541) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Sidney Kats (1979) ที่สร้าง The Index of Independent In Active of Daily Living เพื่อใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภท ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงจาก แบบวัดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ ซึ่งทานตะวัน แย้มบุญเรือง (2540) ตามแนวคิดของ Lefley (1987) สร้างขึ้น หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70

เกณฑ์กำกับการทดลอง ผู้ดูแล มีคะแนนความรู้เรื่องโรคจิตเภท มากกว่า ร้อยละ 80 จำนวน 19 ราย และผู้ป่วย จิตเภท มีคะแนนความรู้เรื่องโรคจิตเภท มากกว่า ร้อยละ 80 จำนวน 16 ราย ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท ในระดับดี และพบว่า มีผู้ป่วย 4 ราย และผู้ดูแล 1 ราย คะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ศึกษา ผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของการให้สุขภาพจิตศึกษา แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ให้ความรู้เพิ่มเติมและประเมินใหม่ ด้วยแบบประเมินชุดเดิม จนกว่ามีคะแนนถึงเกณฑ์

การดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และขั้นประเมินผล

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1.1 ศึกษาและค้นคว้าปัญหาในหน่วยงาน โดยประสานงานกับ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลประวัติของผู้ป่วยตามระเบียบของหน่วยราชการ วิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาที่ได้ ปกปิดข้อมูลของผู้ป่วยรายบุคคล นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและจัดทำแผนการดำเนินงานการทดลอง

1.3 เตรียมสถานที่ในการทำการศึกษาโดยประสานงานกับ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำโครงการศึกษาโดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ การดำเนินการศึกษา วันเวลา สถานที่

1.4 การเตรียมตัวของผู้ศึกษา ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎีการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่อาจารย์ที่ปรึกษา จิตแพทย์ และพยาบาลจิตเวช

1.5 เตรียมผู้ช่วยในการศึกษา เพื่อช่วยในการเก็บข้อมูล เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม เป็นผู้ช่วยสังเกต และจดบันทึกพัฒนาการของกลุ่ม ซึ่งผู้ช่วยในการศึกษาเป็นพยาบาลจิตเวชปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โดยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่างและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการรวบรวมข้อมูล และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในโครงการศึกษา และเตรียมผู้ช่วยในการนำกลุ่มตัวอย่างจากหอผู้ป่วยมาเข้าโปรแกรมตามวันและเวลาที่กำหนด โดยในการเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มไม่ได้ทำให้เสียงานประจำ

1.6 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงอธิบายขั้นตอน วัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษา วัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Pre-test) ก่อนการศึกษา และนัดเข้าร่วมการศึกษา

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการ

ดำเนินการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทแบบกลุ่ม ครั้งละ 45-60 นาที โดยดำเนินกิจกรรมในวันพุธและศุกร์ ช่วงเช้าและบ่าย สัปดาห์ละ 4 กลุ่ม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ (รายละเอียดแสดงในภาคผนวก ง) โดยผู้ศึกษานัดผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรม ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล และประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแล และดำเนินการกิจกรรมที่ 1 การปฐมนิเทศและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ศึกษา ร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม ร่วมสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับพยาบาล เนื่องจากรู้สึกว่าการมาร่วมกิจกรรมเป็นสิ่งที่ดี ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทมากขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองต้องปฏิบัติอย่างไรให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในครอบครัวและชุมชนได้ และกิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ พบว่า ผู้ดูแลและผู้ป่วยให้ความสนใจเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรค จิตเภทและยังมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องยาและเห็นความสำคัญของการรับประทานอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งปกติแล้ว ไม่ค่อยได้ใส่ใจ คิดว่าถ้าอาการดี ก็หยุดยาได้ ไม่ต้องกินยาต่อเนื่องก็ได้ และความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ร่วมกันค้นหาปัญหา และพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 2 ผู้ศึกษาทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน และดำเนินกิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น/การช่วยเหลือในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และสามารถบอกอาการเตือนเบื้องต้นได้ สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเหมาะสมกับสภาพครอบครัวของตนเอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะเฉียบพลันและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยได้ ซึ่งความรู้เหล่านี้ จะเป็นแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เนื่องจากอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทเป็นอาการแสดงเริ่มแรก ซึ่งผู้ดูแลและผู้ป่วยต้องรับรู้เพื่อเตรียมเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น อีกทั้ง มีความเข้าใจในการช่วยฝึกทักษะในการใช้ชีวิตประจำวันและการเข้าสังคมของผู้ป่วยได้

ครั้งที่ 3 ผู้ศึกษาทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน และดำเนินกิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เรื่องสัมพันธภาพและความรับผิดชอบของผู้ป่วย/บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพและมีความมั่นใจที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าใจบทบาทของตนเองในการอยู่ร่วมกัน ทำให้เชื่อมั่นในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างเหมาะสม

ครั้งที่ 4 ผู้ศึกษาทบทวนกิจกรรมครั้งก่อน และดำเนินกิจกรรมที่ 5 การให้ความรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทบอกปัญหาและสามารถจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรมที่พบได้เหมาะสมมากขึ้น โดยใช้การสื่อสารที่เหมาะสม ซึ่งการสื่อสารที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลบอกความต้องการของตนเองได้ อีกทั้ง การพูดคุยเรื่องโครงสร้างการเกิดปัญหาในครอบครัว เป็นการฝึกให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเกิดทักษะในการแก้ปัญหา เข้าใจปัญหาและสามารถจัดการได้เหมาะสม

ขั้นที่ 3 ประเมินผล

3.1 ผู้ศึกษาประเมิน ประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยแบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภททันทีหลังกิจกรรมที่ 5 ซึ่งผู้ป่วย และผู้ดูแล มีคะแนนความรู้เรื่องโรคจิตเภท เป็นไปตามเกณฑ์กำกับการทดลอง

3.2 ผู้ศึกษาประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ที่ 0.5

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ($\overline{X}$=3.51, SD=0.36) สูงกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ($\overline{X}$=2.21, SD=0.32) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการศึกษาครั้งนี้ ตอบสมมติฐานในการศึกษาดังนี้คือ

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท หลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท สูงกว่าก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษา การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคม ก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท สูงกว่ากันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอภิปรายผลได้ดังนี้

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มสูงขึ้นตามสมมติฐาน เมื่อจำแนกตามรายด้าน ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า การดูแลสุขภาพอนามัย มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ การปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่วนด้านความสามารถทางสังคม พบว่า การสร้างสัมพันธภาพ มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา คือ ความสนใจสิ่งแวดล้อม ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก การดำเนินกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษา แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 5 กิจกรรม เป็นกิจกรรมที่มุ่งให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

ในศึกษาครั้งนี้ ในกิจกรรม ที่ 1 การปฐมนิเทศและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นสิ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยทางจิตตามความเป็นจริง กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยและญาติทราบแนวทางการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เห็นความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง และผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันในชุมชนและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ และกิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น/การช่วยเหลือในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ เหมาะสม เนื่องจาก อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท เป็นอาการเริ่มแรกก่อนที่จะเกิดการป่วยซ้ำ ซึ่งจะช่วย ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลแสวงหาทางช่วยเหลือเพื่อเตรียมการเผชิญกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น ซึ่งผู้ศึกษาได้ให้สมาชิกกลุ่มท่านอื่นแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องอาการเตือนและการจัดการที่

เหมาะสมของแต่ละคน จากกิจกรรมการให้ความรู้ที่กล่าวมานี้ ส่งผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งถ้าผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าเรื่องโรคจิตเภทและอาการ จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการรับประทานยามากขึ้น เมื่ออาการทางจิตสงบก็จะส่งผลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ ถ้าผู้ดูแลเข้าใจอาการเจ็บป่วยทางจิตและส่งเสริม ให้กำลังใจผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในการมีส่วนร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมในกลุ่มทดลองสูงขึ้น หลังการได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งญาติและผู้ป่วยซึ่งส่งผลให้ญาติมีความรู้มากขึ้นมีส่วนกระตุ้นให้ญาติเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจนนำไปสู่การรักษาอย่างต่อเนื่องและป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์และคณะ, 2540) เห็นได้จากผู้ดูแลรายหนึ่งบอกว่า "ไม่เคยมีใครบอกฉันอย่างนี้เลย เมื่อก่อนไม่ได้สนใจคิดว่าพามารักษาแล้วก็หาย " ผู้ดูแลอีกรายกล่าวว่า "เมื่อก่อนมันไม่ยอมสนใจอะไร ตอนนี้ดีขึ้นหน่อย สนใจอาบน้ำหาข้าวกินเอง" และผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า "เข้าใจเรื่องโรคของตัวเองมากขึ้น อย่างน้อยก็ดีกว่าโรคความดันและโรคเบาหวาน แค่เรากินยาตามหมอสั่งเอง" จากตัวอย่างแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น และสามารถอยู่ร่วมกับผู้ดูแลและชุมชนได้

นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ภายหลังการบำบัดรักษาแล้วผู้ป่วยยังคงหลงเหลือพยาธิสภาพอยู่ พยาธิสภาพของโรคนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความด้อยสมรรถภาพลง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมต่ำกว่าก่อน การเจ็บป่วยทางจิตหลังจำหน่ายกลับเข้าสู่ชุมชน ผู้ป่วยยังมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในกิจวัตรประจำวันได้มากน้อยแตกต่างกัน ส่วนด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมนั้น จากกิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เรื่องสัมพันธภาพและความรับผิดชอบของผู้ป่วย/บทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจบทบาทของตนเอง และกิจกรรมที่ 5 การให้ความรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ทำให้ครอบครัวสื่อสารทางบวกอย่างเหมาะสมและฝึกทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวร่วมกัน การสอนและการฝึกทักษะนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพิน แท่นรัตนกุลและคณะ (2548) ที่ศึกษาการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า การฝึกทักษะทางสังคมมีผลทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังดีขึ้น มีทักษะทางสังคมสูงขึ้น ซึ่งเป็นหนึ่งในทักษะการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดีขึ้น จะเห็นได้จากการทักทาย พูดคุยถูกกาลเทศะ จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า "เมื่อก่อนนอนทั้งวัน ไม่พูดคุยกับใคร ครั้งนี้เริ่มพูดคุยกับคนในบ้านมากขึ้น ใช้ออกไปซื้อของนอกบ้านได้" จากตัวอย่างถ้าได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ก็จะแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีการพัฒนาความสามารถทางสังคมเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อ ความมั่นใจในการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนและสังคม ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และฝึกพฤติกรรมการแสดงออกทางท่าทางที่เหมาะสมและสามารถควบคุมอารมณ์ได้ ทั้งนี้ ผู้ดูแลต้องเข้าใจและให้การสนับสนุนผู้ป่วยและชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้สำเร็จ จากที่กล่าวมานี้ การปฏิบัติการพยาบาลด้วยการสอน การให้ความรู้ ให้คำแนะนำและการสาธิต การปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวตามโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ความสามารถทางสังคมสูงขึ้น

จากข้อมูลที่ได้กล่าวมา จะเห็นได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาแต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ และมีอาการป่วยซ้ำบ่อยๆ มีผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ดีขึ้น อยู่ในชุมชนได้นาน และไม่กลับมารักษาซ้ำ เพื่อลดการสูญเสียทั้งด้านบุคคล สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการให้ความรู้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท สำหรับนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ นอกจากนี้การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ยังสามารถนำไปใช้ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้อีกด้วย และก่อนการนำไปใช้ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

2. การนำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ เนื่องจากโปรแกรมมีเนื้อหาและรายละเอียดของเอกสารประกอบการสอนจำนวนมาก ก่อนการนำไปใช้ ควรศึกษาและทำความเข้าใจกับเอกสารประกอบการสอนอย่างละเอียด และใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้สรุปเนื้อหาการสอนให้ผู้เข้าร่วมศึกษาหลังเสร็จกิจกรรมแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ได้ทบทวนความรู้ที่ได้รับ

3. ควรมีการติดตามผลลัพธ์ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในระยะยาว 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี อย่างต่อเนื่อง สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท เพื่อประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความต่อเนื่องและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ

4. การนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลควรศึกษากระบวนการและเทคนิคการนำไปใช้อย่างละเอียด และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เช่น โรคอารมณ์แปรปรวน โรคจิตจากสารเสพติด เป็นต้น เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มอื่นๆ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยตามกระบวนการวิจัย สำหรับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่มีการดำเนินการศึกษา โดยมีกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง และต้องมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อตัวแปรตาม เพื่อให้ผลการวิจัยมีความตรงภายในสูงสุด เชื่อถือได้และอ้างอิงได้ต่อไป