

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง(One group pretest – posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

สมมุติฐานการศึกษา

ประสิทธิภาพในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก หลังใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยตรง อยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก ครอบครัวละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 อยู่ในระยะอาการของโรคสงบ โดยผู้ศึกษาประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบวัดอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale :BPRS) ก่อนได้รับการเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับคะแนนไม่สูงกว่า 36 คะแนนซึ่งถือว่ามมีอาการทางจิตระดับน้อย

2. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นบิดาหรือมารดา พี่หรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ

2. มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ไม่จำกัดเพศ การศึกษา อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
3. สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
4. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 และมีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนมากกว่า 6 เดือน
5. มีคะแนนการดูแลอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมากที่สุด

เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว

1. เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในปัจจุบัน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคม และเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 3 ประเภทคือ

1. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนา มาจากโปรแกรมของจิราพร รักการ(2549) ที่นำแนวคิดของAnderson et al. (1980)มาใช้ ประกอบด้วย การให้ความรู้ครอบครัว (Family education) และข้อมูล (Information) เกี่ยวกับโรคการรักษาและการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skills) การสอนวิธีการเผชิญความเครียด (Coping skills) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และการติดต่อสื่อสาร (Communication skills) นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาร่วมกับสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยปรับเนื้อหาในกิจกรรมที่ 2 เพิ่มเติม เนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา และในกิจกรรมที่ 3 เพิ่มในเรื่องภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี และอาจารย์พยาบาล ที่มีประสบการณ์การสอนและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี และไปทดลองใช้กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอเมือง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครอบครัว แล้วจึงนำไปใช้จริง มีรูปแบบกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางจิตเวช

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ สมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษานำมาจากแบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544)) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาวะในการดูแล 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ใช้การประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ผู้ศึกษานำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่านที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี และอาจารย์พยาบาล ที่มีประสบการณ์การสอนและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอเมือง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่นำมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติของสุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 หรือ 24 คะแนนขึ้นไป จึงถือว่าผ่านเกณฑ์ นำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอเมือง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรคูเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

ขั้นการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. การเตรียมตัวผู้ศึกษาได้เตรียมความรู้และฝึกทักษะในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยผู้ศึกษาได้ทำการฝึกทักษะในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและ

สมาชิกในครอบครัวทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดการศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและจัดทำแผนการดำเนินงานการศึกษา

3. ผู้ศึกษาทำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ของโรงพยาบาลนครนายก เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก และขอความร่วมมือในการทำการศึกษาโดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการและระยะเวลาในการดำเนินการ

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ครอบครัว ตามขั้นตอน การคัดเลือก แนะนำตัวอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

5. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมศึกษา ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมศึกษา จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (pre-test) และจึงนัดเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 **ขั้นดำเนินการศึกษา** ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้าน จำนวน 20 ครอบครัว โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอน ตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม โดยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45 – 60 นาที วันละ 4 ครอบครัว รวม 5 วัน/สัปดาห์ จนครบ 20 ครอบครัว โดยใช้คู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบในขั้นตอนการเรียนรู้ ทั้ง 5 กิจกรรม การกำกับทบทวน หลังดำเนินการศึกษาสิ้นสุดทันที ผู้ศึกษาประเมินความรู้ โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในทุกครอบครัว มีคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นที่ 3 **ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้ศึกษาได้ดำเนินการประเมินภาวะของผู้ดูแลโดยใช้แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการดำเนินกิจกรรม จากนั้นเมื่อดำเนินกิจกรรมจนครบ 5 สัปดาห์ ผู้ศึกษาได้ ผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแล้วเป็นเวลา 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent T-test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85 มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 45 และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65 ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 45 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 35

2. ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย ก่อนหลังและการใช้โปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาภาวะโดยรวม ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ด้านภาวะเชิงปรนัย จำแนกตามรายข้อ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่คะแนนหลังการใช้โปรแกรม ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมและเมื่อพิจารณาข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด หลังการใช้โปรแกรมคือ “การดูแลผู้ป่วยทำให้มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนลดลง” ($\bar{X} = 2.90$, $SD = .307$) ซึ่งถือว่ามีการดูแลอยู่ในระดับ ปานกลางและส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ “การดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว” ($\bar{X} = 1.55$, $SD = .510$) ซึ่งถือว่ามีการดูแลอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ด้านภาวะเชิงอัตนัยจำแนกตามรายข้อ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่คะแนนหลังการใช้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เมื่อพิจารณาข้อที่มีคะแนนสูงสุด

และข้อที่มีคะแนนต่ำสุด พบว่าข้อที่มีคะแนนสูงสุดหลังการใช้โปรแกรม คือ “ความกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน” ($\bar{X} = 3.10, SD=.489$) ซึ่งถือว่ามีการดูแลอยู่ในระดับปานกลางและข้อที่มีภาระต่ำสุดคือ “ความความซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วย” ($\bar{X} = 1.65, SD=.489$) ซึ่งถือว่ามีการดูแลอยู่ในระดับน้อย

3. ผู้ศึกษาประเมินความรู้เรื่อง ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือการกำกับการศึกษา ภายหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ศึกษาจะทำการประเมินทันที ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในทุกครอบครัว มีคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

สรุปได้ว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานคือ ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาการใช้ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก ผลการศึกษา สอดคล้องกับสมมติฐานนั่นคือ ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลงภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ศึกษาอภิปรายผลจำแนกตามภาระการดูแลในภาพรวมและรายด้าน ดังนี้

1. หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวช่วยให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมลดลงเนื่องจาก โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายครอบครัว โดยร่วมมือกันระหว่างผู้ศึกษากับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวเปิด โอกาสให้มีการซักถามโดยตรงตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีการต่างๆเหล่านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับสามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว(family psychoeducation) นับว่าเป็นวิธีการที่มีประโยชน์มาก ซึ่งปัจจุบันแนวคิดและรูปแบบของการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้น เน้นถึงความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวยอมรับในบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้นและนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางจิตมากขึ้น โดยช่วยในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยด้วยการเสริมสร้างความร่วมมืออันดีระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ครอบครัว

และผู้ป่วย (Anderson et al., 1980; Falloon et al., 1984; Leff et al., 1982 cited in McFarlane et al., 2003)

พบว่า การดำเนินการให้ความรู้แก่ครอบครัวซึ่งประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวช่วยให้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยก่อนให้เกิดการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางในการดูแล การให้ความรู้ถือว่าการสนับสนุนทางสังคมและเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยได้ เกิดการปรับทัศนคติและความคาดหวังในตัวผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยอันเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจ นอกจากนี้การได้เรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหา การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาและการผ่อนคลายความเครียด รวมถึงการได้มีการพัฒนาทักษะทางสังคม ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะและดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง ส่งผลให้ภาระในการดูแลลดลง (Montgomery et al., 1985; จิราพร รักการ, 2549) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Reinales et al. (2004) พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นการเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค และสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระทั้งภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยได้ และผลการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ที่ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลที่บ้าน โดยให้ความรู้และการฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ หรือการให้ความรู้และการฝึกทักษะกับญาติผู้ดูแลหลักเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

การดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถอดทนต่ออาการต่างๆของผู้ป่วยได้มากขึ้น มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การรับรู้ภาระลดลง และมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ครอบครัวมีการปรับตัวและการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น (Robinson, 1994) รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ (Dixon et al., 2001)

2. เมื่อพิจารณาความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จำแนกตามรายด้าน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.1 เมื่อพิจารณาคะแนนภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแล พบว่า ภาระในการดูแลเชิงอัตนัยจำแนกตามรายข้อทุกข้อ หลังการใช้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่าเนื่องจากภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติ เกิดเนื่องมาจากความรู้สึกหวาดกลัว วิดกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Montgomery et al., 1985) ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถช่วยลดภาระด้านนี้ได้ เช่น ในกิจกรรมที่ 2

การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ รู้วิธีการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้พวกเขาสามารถให้ความร่วมมือในการรักษาได้เป็นอย่างดี และมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเชิงอัตนัยลดลง ในส่วนของกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง (Lazarus & Folkman, 1984 & Montgomery et al., 1985) นอกจากนี้ในกิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด อย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ดูแลมีทักษะในการเผชิญความเครียดที่ดีจะสามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดความเครียดซึ่งเป็นภาระเชิงอัตนัยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lim & Ahn (2003) ซึ่งพบว่า การใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดภาระเชิงอัตนัยได้

2.2 คะแนนภาระเชิงปรนัยของผู้ดูแล พบว่าคะแนนภาระในการดูแลเชิงปรนัยจำแนกตามรายข้อทุกข้อหลังการใช้โปรแกรม ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายได้ว่า เนื่องจากภาระเชิงปรนัย (Objective burden) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ (Montgomery et al., 1985) ซึ่งเนื้อหาในแต่ละกิจกรรม จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม จะนำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเชิงปรนัยลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี,

2544) สำหรับการพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการรับ ส่งข้อมูลข่าวสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแล หรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม (เพชร คันธสายบัว, 2544) นอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ทำให้ความรู้สึกรับเป็นภาระในการดูแลเชิงปรณัยลดลง (Thompson & Doll, 1993 อ้างถึงใน ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543)

ดังนั้นสรุปได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นกระบวนการที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดำเนินของโรค เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย มีทักษะในการเผชิญปัญหาและได้ฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาในสถานการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจริง เกิดการยอมรับและเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจซึ่งกันและกันภายในครอบครัว ตลอดจนมีทักษะในการสื่อสารและเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาระลดลง มีแนวทางที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และเป็นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย การเสริมสร้างความร่วมมือกันในครอบครัว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำเอาโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตครอบครัวไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน เนื่องจากเป็นลักษณะของการให้ความช่วยเหลือทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในครอบครัวนับเป็นบริบทที่มีความสำคัญที่สุดในการที่จะให้ความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเภท ทั้งยังเป็น โปรแกรมที่จะช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ตลอดจนช่วยให้เกิด สัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว และชุมชน
2. การนำโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตครอบครัวไปใช้ ผู้ที่จะนำโปรแกรมนี้ไปใช้ต้องเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์และ

พื้นฐานการสอน การทำกลุ่ม มีความรู้ความเข้าใจในบริบทของครอบครัว รวมทั้งมีความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ควรมีการทำความเข้าใจกับเนื้อหา และขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมนี้ ก่อนนำไปใช้ ถ้าจะใช้โปรแกรมนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการก่อนทุกครั้ง

3. บุคลากรทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ควรพัฒนาเครือข่ายการดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยจัดการอบรมแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้ได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันรวมถึงการสร้างทัศนคติ ทักษะการจัดการปัญหา การช่วยเหลือเบื้องต้น และสามารถส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่เหมาะสมก่อนที่จะเกิดอาการรุนแรง

4. บุคลากรทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ควรสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่ว่าจะเป็นการจัดกลุ่มญาติ กลุ่มผู้ป่วย หรือกลุ่มเครือข่าย การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคมในชุมชนเพื่อให้ได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาของกันและกัน โดยการประคับประคองเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการร่วมมือกันในการดูแลช่วยเหลือกันเองที่บ้าน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่ในครอบครัวและในชุมชนได้นานที่สุดและเป็นการลดอัตราการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาลงต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ และมีการติดตามผลระยะยาว เพื่อเป็นการเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการติดตามผลระยะยาวอาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลน้อยลงอย่างต่อเนื่อง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาการให้ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มโดยนัดหมายให้แต่ละครอบครัวมาเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาล ให้ตรงกับวันที่นัดมาโรงพยาบาล ซึ่งนอกจากสมาชิกจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค เรียนรู้วิธีการในการดูแลผู้ป่วย การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย มีทักษะในการเผชิญปัญหา สมาชิกยังได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนสมาชิกในครอบครัวอื่น ได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาของกันและกัน เกิดเครือข่ายทางสังคม ร่วมมือช่วยเหลือกัน ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลน้อยลง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลต่อการลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้