

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษา การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทต่อ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลัง (One group pre-post test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

สมมติฐานการศึกษา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังจากได้รับโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษา คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี ประกอบด้วย

1.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV หรือ ICD-10

1.2 สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ผู้ดูแลที่ให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วย 1 คน และ สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ อีก 1 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

2.1 ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตาม เกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV หรือ ICD-10 และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิต อยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนอำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี และ เดินทางมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ณ สถานบริการสาธารณสุขเป็นครั้งคราว

2.2 สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท แยกเป็น 2 กลุ่ม คือ

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 ครอบครัว โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรเพียงคนเดียว คน หนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิต ประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ เป็นเพศชายหรือหญิงวัยผู้ใหญ่อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทย ได้ เป็นผู้สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่ กำหนดได้

สมาชิกอื่นๆ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวละ 1 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ เป็นผู้มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยจิตเภท อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล อายุระหว่าง 20ปีขึ้นไป สามารถพูดคุยหรือสื่อสาร ได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว
 - ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
3. เครื่องมือกำกับการศึกษา ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่
 - 3.1 แบบวัดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท และการรักษา
 - 3.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งประยุกต์มาจากการศึกษาของสุรวุฒิ เพ็งเกร็ด (2550) ซึ่งพัฒนามาจากโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ จิราพร รักการ (2549) และแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งครอบคลุมการให้ความรู้ครอบครัว (family education) และให้ข้อมูล (information) เกี่ยวกับโรค การรักษา พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการเมื่อเกิดอาการข้างเคียง ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การสอนวิธีการเผชิญความเครียด (coping skills) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

กิจกรรมที่ 3. การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4. พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5. การพัฒนาทักษะทางสังคม

ใช้เวลากิจกรรมละ 45 – 60 นาที ซึ่งในงานศึกษานี้ ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครบถ้วน สัปดาห์ละครั้ง จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และเพชร คันธสายบัว (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางลบ 9 ข้อ และข้อความทางบวก 9 ข้อ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .90 และค่าความเที่ยงโดยรวม .87 หลังจากนั้นผู้ศึกษานำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ความเที่ยงเท่ากับ .86

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา

ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด

3.1 แบบวัดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท และการรักษา ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำมาจาก การศึกษาของ สุรวุฒิ เฟิงเกร็ด (2550) ที่ปรับปรุงมาจากการศึกษาของ ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 12 ข้อ และข้อความทางลบ 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบ 1 คำตอบว่า ถูกหรือผิด ให้คะแนนข้อที่ตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0 คะแนน เครื่องมือชุดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และมีค่าความเที่ยงจากการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ .82

3.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้นำมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบมีเกณฑ์คิดคะแนน โดยให้คะแนนข้อที่มีคำตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0 เครื่องมือชุดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความเที่ยงจากการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ .80

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาดังเกณท์กำกับการศึกษาว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแล้ว กลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนนความรู้เฉลี่ยร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนค่อนข้างดี และสมาชิกของครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี

ขั้นตอนดำเนินการศึกษา

1. ระยะเตรียมการศึกษา

1) ผู้ศึกษาได้เตรียมความรู้และฝึกทักษะในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา
 2) เตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
 3) เตรียมติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอหนองปรือ เพื่อขอความร่วมมือในการทำโครงการศึกษาอิสระ

4) ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 20 ครอบครัว และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หลังจากนั้น ผู้ศึกษานัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้าน

2. ระยะดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์ดำเนินการติดต่อกัน สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมๆละ 45-60 นาที โดยดำเนินการที่บ้านผู้ป่วย เป็นรายครอบครัว ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 9 มีนาคม 2552 ถึง วันที่ 20 เมษายน 2552 รายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท (family education) การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

ผู้ศึกษาทำการกำกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทันที ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 โดยให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบคำถามตามแบบวัดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท และการรักษา ส่วนผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมทุกรายมีคะแนนความรู้ถูกต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือร้อยละ 80 ขึ้นไป

3.การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสิ้นสุด 1 สัปดาห์ คือในสัปดาห์ที่ 7 ผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (post-test) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลัง การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มาคำนวณทางสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว วิเคราะห์ด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ในการดูแล ผู้ป่วย เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษา สามารถจัดการกับปัญหาจากอาการ

ข้างเคียงจากการใช้ยาของผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท อันจะนำไปสู่การป้องกันและลดปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สुरुวุฒิ เฟ็งเกร็ด (2550) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ในผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งแม้ว่าระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จะมีความแตกต่างกับระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมในการศึกษาของ สुरुวุฒิ เฟ็งเกร็ด (2550) ซึ่งใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ เปลี่ยนแปลงมาเป็นระยะเวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์ คิดต่อกันสัปดาห์ละ 1 กิจกรรมใช้เวลากิจกรรมละ 45-60 นาที ดังนั้นจะเห็นได้ว่าระยะเวลาในการจัดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสามารถปรับให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล โดยสามารถดูจากการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ลักษณะสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพและความพร้อมในการร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว

ผลจากการดำเนินการตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพ มีความไว้วางใจ รู้สึกถึงความจริงใจ ห่วงใย การเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอของทีมสุขภาพ ทำให้มีแรงจูงใจ มีความพร้อมต้องการเรียนรู้ถึงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ได้นำแนวคิดของ Oehl, Hummer and Fleischhacker (2000) มาศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในประเทศไทย พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เป็นหนึ่งในตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทางจิต

นอกจากนี้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีความเข้าใจถึงปัญหาจากพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องของผู้ป่วย สามารถบอกถึงลักษณะของโรคจิตเภท การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ผลเสียการใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Favrod (1993, อ้างถึงใน กาญจนรักษ์เจริญ, 2547) ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาการรักษาอาการทางจิต เพื่อเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาการรักษาอาการทางจิต สามารถเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ส่วนอาการที่เป็นปัญหาจากการรับประทานยาทางจิตเวช ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ได้ทราบเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาการรักษาอาการทางจิต อาการนำ อาการเตือนที่พบบ่อย จากอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช วิธีจัดการและดูแลเมื่อเกิดอาการที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา การจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ทราบแนวทางดูแลการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา มั่นใจในการดูแลจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่อง และมั่นใจในการเลือกจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา ทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ

รักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Favrod (1993 อ้างถึงใน คาร์ณี จามจรี, 2545) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านอาการทางจิต

ผลจากการดำเนินการตาม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของความเครียด ทราบแนวทางในการจัดการความเครียด ทำให้สมาชิกในครอบครัวเลือกวิธีที่เหมาะสม กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดความเครียด จากปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท ไม่ระบายนามหรือความเครียดต่อผู้ป่วย ตลอดจนมีการสื่อสารอย่างเหมาะสมในการพูดคุยกับผู้ป่วย ส่วนในด้านของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่เหมาะสม ในการจัดการกับความเครียด ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ross et al. (2002) ที่พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวยังได้ทราบถึงความสำคัญของแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาจากการรับประทานยาทางจิต หรือปัญหาอื่นๆของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumer and Sedwick (2001) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาสูง

ผลการศึกษานี้ สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ใน การศึกษาครั้งนี้ สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง เขาจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนั้นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จึงเป็นโปรแกรมที่สามารถลดปัญหาการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเนื่องมาจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุขร่วมกับครอบครัว ภายใต้บริบทที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1.ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลักที่สำคัญคือ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการ

ข้างเคียงของยา การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาทักษะทางสังคม การพัฒนาทักษะการสื่อสาร ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลหรือในชุมชน สำหรับเป็นแนวทางในการดูแลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

1.2 การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้ สามารถปรับระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นได้ตามความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างและบริบทในการศึกษา

1.3 ควรมีการติดตามประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะๆ ทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี เพื่อดูการคงอยู่ของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

1.4 ในการดำเนินกิจกรรมแก่ครอบครัวที่บ้าน พยาบาลต้องความรู้ มีประสบการณ์ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และมีประสบการณ์ในการควบคุมสถานการณ์ เนื่องจากในระหว่างดำเนินการตามโปรแกรมพบว่า มีบางครอบครัวมีปัญหาขัดแย้งกัน ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมจะมีการโต้ตอบคำพูดที่รุนแรง ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมมากขึ้นกว่าที่กำหนดได้

1.5 เนื่องจากระยะเวลาดำเนินกิจกรรมใช้ระยะเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ และสังคมชนบทอำเภอหนองปรือส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในช่วงเวลากลางวัน ทำให้ไม่มีเวลาร่วมกิจกรรม ดังนั้นต้องปรับเปลี่ยนเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง และตามบริบทของชุมชน

2. ด้านการศึกษาวิจัย

2.1 ควรมีการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปประยุกต์ใช้ ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ในชุมชน เช่น ผู้ป่วยจิตเวชทางอารมณ์ เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษามีความแตกต่างกันหรือไม่

2.2 ควรมีการศึกษาผลของการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในลักษณะที่เต็มรูปแบบการวิจัยที่สมบูรณ์ เช่น การวิจัยทดลองหรือกึ่งทดลองที่มีกลุ่มศึกษาและควบคุมและมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอื่นๆ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความตรงภายในสูงสุด เชื่อถือได้ และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ต่อไป