

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการศึกษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว

สมมติฐานการศึกษา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเข้ารับบริการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญาและผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 20 คนและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 20 คน และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเพื่อสะดวกในการมาเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับปรุงจากการศึกษาของจิราพร รักษการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ผ่านการตรวจสอบความตรง

ตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน(รายชื่อในภาคผนวก.) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม โดยใช้เวลากิจกรรมละ 60 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษารายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร(2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และเพชร คันธสายบัว (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางลบ 9 ข้อ และข้อความทางบวก 9 ข้อ ให้ตอบเป็นระดับมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content Validity) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน(ดังรายนามในภาคผนวก ก.) ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จำนวนค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .90 แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ห่อผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล เป็นเครื่องมือที่ศึกษานำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การคิดคะแนนโดยให้คะแนนข้อที่คำตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0

คะแนน โดยผู้ดูแลต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปจึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนข้างดี

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน(ดังรายนามในภาคผนวก ก.) กำหนดค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ.90 และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยผู้ศึกษาได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .83

3.2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยปรับปรุงจากการศึกษาของผลทิพย์ ปานแดง (2547) และ พรสวรรค์ พูลกระจำง (2548) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 12 ข้อและข้อความทางลบ 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบ 1 คำตอบว่าถูกหรือผิด ให้คะแนนข้อที่ตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0 คะแนน

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน(ดังรายนามในภาคผนวก ก.) เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหา มีความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ กำหนดดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .85 และหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดความรู้ความเข้าใจในเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาได้เตรียมความพร้อมโดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคจิตเภท พยาธิสภาพ การดูแลรักษาและ การทำครอบครัวบำบัดและฝึกทักษะในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษา นอกจากนี้ยังได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยและ ขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม เมื่อเตรียมความพร้อมของโครงการศึกษาเรียบร้อยแล้ว จึงประสานกับโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษา และนำเสนอโครงการศึกษาอิสระ เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการด้านการวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2551 และได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาได้ตั้งแต่วันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2551 ผู้ศึกษาจึงเริ่มดำเนินการศึกษา โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครอบครัวเพื่อตรวจสอบเนื้อหาความถูกต้องชัดเจน

ครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รวมทั้งรูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม และ นำแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ที่รับการรักษาใน หอผู้ป่วยใน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86 หลังจากนั้นจึงทำการ คัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เมื่อวันที่ 25 – 27 สิงหาคม พ.ศ. 2551 จนได้ครบ 20 ครอบครัว แล้ว ในวันแรกที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเซนต์ไบอินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้ศึกษาจึงเริ่มสร้างสัมพันธภาพ และแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษา วิธีเข้าร่วม การศึกษาและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินแบบวัด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-test) หลังจากนั้นจึงนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมตาม โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวที่หอผู้ป่วยใน โดยผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการ ให้ความรู้เป็นรายครอบครัว สัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนิน กิจกรรมที่ 3 และ 4 โดย ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 นาที จนครบ 4 กิจกรรมทุกครอบครัว เป็นเวลา 2 สัปดาห์ติดต่อกัน ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 25 สิงหาคม 2551 – 7 กันยายน 2551 จนครบ 20 ครอบครัว ดังรายละเอียด ดังนี้

- | | |
|--------------|--|
| สัปดาห์ที่ 1 | กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ |
| | กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท |
| สัปดาห์ที่ 2 | กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท |
| | กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม |

หลังดำเนินการศึกษาสิ้นสุดทันที ผู้ศึกษาทำการกำกับการศึกษาโดยใช้แบบวัดความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล และแบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย จิตเภท หลังจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสิ้นสุดแล้ว 1 สัปดาห์ ผู้ศึกษาจึงทำการวัดผลตัว แปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่ม ตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ โดยดำเนินการ ในวันที่ 17-19 กันยายน พ.ศ. 2551

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ยร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวโดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาผลการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม ($\bar{X}=78.8$) มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว ($\bar{X}=53.0$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -9.55$)

ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ที่ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท อภิปรายได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการศึกษาอภิปรายได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรัตน์ พงษ์ชาติคุณากร (2534) ที่กล่าวว่าประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจะอยู่ในช่วงอายุ 15-54 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพไม่มีรายได้ เป็นของตัวเองต้องอาศัยพึ่งพิงผู้ดูแลในทุกๆด้าน รายได้ของครอบครัวก็ไม่เพียงพอ และจากการศึกษา พบว่า มารดาเป็นผู้ดูแลและเป็นบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา รัตนกร (2536) ที่พบว่าแม่โอรังสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย มีความรักใคร่กันดี แต่กลับพบว่าผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย คือ มารดาผู้ป่วยจิตเภท

2. ผู้ดูแล

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นหญิงมีสถานภาพสมรสคู่ และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นที่ รองลงมาเป็นมารดาน้อง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรัก ความผูกพันและเอื้ออาทร ซึ่งเป็นลักษณะธรรมชาติของความเป็นหญิง สำหรับประวัติการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2-5 ปี ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมที่ 1 เกี่ยวกับ

ความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย คือ สงสาร ยอมรับ ให้ความสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย ที่สำคัญผู้ดูแลที่เป็นมารดา, พี่และน้อง จะมีทัศนคติที่ดี อดทน และเข้าใจผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ยอดศรีรอย วิเวกรวรรณ (2543) พบว่า การดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่เรื้อรัง นานกว่า 2 ปี จะมีผลให้ญาติ หรือ บิดามารดา ได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแล ธรรมชาติของโรค มีทักษะในการเผชิญปัญหา และหาทางออกได้ดีขึ้นกว่าการดูแลในระยะเวลาที่ สั้นกว่า ขณะเดียวกันก็เริ่มทำใจได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ให้อภัยต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติที่ยัง หลงเหลืออยู่ในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การดูแลระยะเวลานานจะช่วยให้เกิดการปรับตัว นำผู้ป่วย มาพบแพทย์ มารับยาต่อเนื่องให้ผู้ป่วย และได้พูดคุยกับจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคม สงเคราะห์ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การที่ญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการ ดูแล ทำให้มีความเข้าใจ มั่นใจว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ (Yamashita, 1996) การมีแนวทางใน การจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย การได้ข้อมูลรวมทั้งแหล่งให้ความช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลมีทางออก ในการแก้ไขปัญหากจากการดูแล เกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง

3.เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยรวมก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว พบว่ามีความแตกต่างอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม หลังการเข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวคือ ($\bar{X} = 78.8$) มากกว่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยรวมก่อนการเข้าร่วม โปรแกรม คือ ($\bar{X} = 53.0$) และเมื่อ จำแนกคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาออกเป็นรายด้าน ประกอบด้วยด้านการ ใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียง ของยา สามารถเปรียบเทียบ ได้ดังนี้

3.1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง ของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา

พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา หลังการเข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว คือ ($\bar{X} = 36.0$) มากกว่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาก่อนการเข้าร่วม โปรแกรม คือ ($\bar{X} = 26.4$)

ผลการศึกษา พบ ว่าภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษาดีขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมที่ 2 การพัฒนา ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับ โรคจิตเภทและแนวทางการดูแล เนื่องจากการให้ ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิต เภทมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมมากขึ้น ส่วนผู้ดูแลก็มีความรู้และความเข้าใจที่ ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมมากขึ้นเช่นกัน ทำให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและมี

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Favrod (1993 อ้างถึงใน คารณิ จามจรี, 2545) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา รักษาอาการทางจิต จะทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยารักษาอาการทางจิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Zygmunt et al (2002) พบว่า การให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรักษาเข้าใจและยอมรับร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น และนอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล เกิดความร่วมมือในการรักษา และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งจากการศึกษานี้ทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล กล่าวเป็นเสียงเดียวกันว่า ก่อนหน้านี้ไม่เคยรับรู้หรือมีความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากเท่าครั้งนี้และคิดว่า การเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ทำให้ได้รับประโยชน์จริงๆและนำไปปฏิบัติได้

3.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว คือ ($\bar{X} = 37.85$) มากกว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาก่อนการได้รับโปรแกรม คือ ($\bar{X} = 25.85$)

ปัญหาการขาดทักษะในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาและอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งการขาดการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545; อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ซึ่งโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว โดยเฉพาะกิจกรรมกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการและทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา นอกจากนี้การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งการพัฒนาความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น และมีพฤติกรรมใช้ยาได้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น (Ran, Xiang & Chan, 2003; Pitschel-Walz, Bauml, Bender et al., 2006) และการได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ซึ่งสังเกตและประเมินได้จากความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล นอกจากนี้การ

สนับสนุนโดยบุคลากรสุขภาพรวมทั้งสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นในข้อเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา ท่านรับประทานยาแก้แพ้ตามที่แพทย์สั่ง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะรับทราบข้อมูลจากทีมสุขภาพว่าแพทย์จะจ่ายยาแก้แพ้ร่วมกับยาที่ได้รับเป็นประจำอยู่แล้ว จึงคิดว่าไม่มีความจำเป็นต้องรับประทานยาแก้แพ้เพิ่มเติม และบางรายมีความเชื่อว่าถ้ารับประทานยาแก้แพ้เพิ่มอีก จะทำให้ได้รับยาเกินขนาดซึ่งไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว เมื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลโดยอาศัยหลักการของการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว การรับฟังปัญหาของครอบครัว การช่วยเหลือในด้าน การวางแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือระดับประคอง ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์ การช่วยเหลือในระยะวิกฤติ การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพอาการ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม (Anderson et al., 1980) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ran, Xiang & Chan (2003) ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว ญาติมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วย ส่งผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ดังนั้นการช่วยเหลือและการประคับประคองแก่ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว ลดการเกิดความรู้สึกลบชองใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหวังที่เกิดขึ้นในครอบครัว เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข (Kuiper, Leff & Lam, 1992) มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pakenham & Daddo (1987 อ้างถึงใน ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540) พบว่าครอบครัวที่ได้รับข้อมูลและการสอนวิธีการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวกับโรคจิตเภท จะทำให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ กังวลใจ การรับรู้ถึงภาระและประสบการณ์ความขัดแย้งของครอบครัวน้อยลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ผู้ที่จะนำโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวไปใช้ ควรเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เข้าใจในบทบาทของพยาบาล โดยควรมีการทำความเข้าใจกับเนื้อหาและขั้นตอนในแต่ละกิจกรรม และควรปรับระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เพื่อที่จะตอบสนองและสามารถแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริงและเกิดประสิทธิภาพอย่างสูงสุดต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

2. ในการนำโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวไปใช้ พยาบาลจำเป็นต้องดำรงและรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ตลอดระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

3. จากการดำเนินการศึกษา พบว่า คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้ประกอบการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัว เป็นสื่อที่สามารถทำความเข้าใจได้ด้วยตนเอง และง่ายต่อการนำไปใช้ เป็นเสมือนคู่มือที่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ควรมีไว้ประจำบ้าน ดังนั้นหน่วยบริการงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้อง จึงควรสนับสนุนสื่อและเอกสารที่จำเป็นดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายครอบครัวอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ ในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี และในระยะยาว โดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทั้งนี้เพื่อดูความต่อเนื่องและความคงอยู่ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2. ควรมีการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง