

บทที่ 5

สรุปผลโครงการศึกษาอิสระ อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

โครงการศึกษาอิสระครั้งนี้ เป็นการศึกษาชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้ศึกษาดังสมมติฐานไว้ดังนี้

สมมติฐาน

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการดูแลตาม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตาม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท อันประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ครอบครัว ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ แต่ละครอบครัวประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 20 คน มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงเป็นผู้ที่มีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง คือ มีคะแนนระหว่าง 25-76 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวน 20 คน ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักซึ่งอาจจะเป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรของผู้ป่วยจิตเภทหรือเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล มีอายุระหว่าง 20-65 ปี 3) สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน หรือเป็นผู้ดูแลเองมีความเกี่ยวข้องกับสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีการพึ่งพิงกันทางสังคม เศรษฐกิจ และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย มีอายุระหว่าง 20-65 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับปรุงมาจากการศึกษาของจิราพร รักรการ (2549) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) โปรแกรมนี้ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม มีกิจกรรมในโปรแกรมทั้งสิ้น 5 กิจกรรม ดำเนินการ 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ในการดำเนินงานแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 60-90 นาที ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยาและสารเสพติด กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากการใช้ยาและป้องกันการป่วยซ้ำ กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัวและพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ผู้ดูแล ผู้รับผิดชอบหลักเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย

2.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สร้างขึ้นโดยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภทของรัฐนี้ ศรีหิรัญ (2544) ประกอบด้วย พฤติกรรมตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ยาทางจิต 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ 4) ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ มีการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 และมีค่าความเที่ยงในการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เท่ากับ .77

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการศึกษา

3.1 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาปรับปรุงมาจากแบบทดสอบความรู้ของงานจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิต (2545) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าความเที่ยงในการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เท่ากับ .83

3.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาปรับปรุงมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของจิราพร รักการ(2549)โดยใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม30 ข้อ มีค่าความเที่ยงในการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เท่ากับ .76

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. ระยะเวลาเตรียมการ เตรียมและพัฒนาเครื่องมือ ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหา และนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือจากนั้นขอความร่วมมือจากสาธารณสุขอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรีเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลกำหนดระยะเวลาในการศึกษา แจกวัสดุประสงค์ในการศึกษาอธิบายขั้นตอนในการศึกษา เปิดโอกาสซักถามข้อสงสัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษาและทำการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองที่บ้าน (Pre Test) ก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. ระยะเวลาดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยการ ติดตามเยี่ยมบ้านรายครอบครัวจำนวน 5 ครั้ง ระยะเวลา 5 สัปดาห์ โดยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท ครั้งที่ 1 ในวันที่ 25 กุมภาพันธ์-1 มีนาคม 2553 นัดเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ในวันที่ 2-6 มีนาคม 2553 นัดเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ในวันที่ 7-11 มีนาคม 2553 นัดเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ในวันที่ 12-16 มีนาคม 2553 และนัดเยี่ยมครั้งที่ 5 ในวันที่ 17-21 มีนาคม 2553

3. ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรม มีการกำกับการศึกษาทันทีโดยใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทและแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ผู้ศึกษาทำการประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองที่บ้าน (Post Test) ด้วยแบบประเมินชุดเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแล

ตนเองรวมทุกด้านและรายด้านโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการศึกษา

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองทั้ง โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ยาทางจิต 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ 4) ด้านการป้องกันการกลับซ้ำสูงกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -9.42, -5.07, -9.34, -5.27$ และ -5.67 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่าผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสมมติฐานในการศึกษาดังนี้ คือ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับการดูแลตาม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจะสูงกว่าก่อน ได้รับการดูแลตาม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีผลการศึกษาที่สำคัญและอภิปรายได้ดังนี้

หลังการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกรายด้าน พบว่าภายหลังการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองทุกด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและด้านการป้องกันการกลับซ้ำ สูงกว่าก่อนศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาไว้ดังนี้

เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตทั้งของผู้ป่วย กล่าวคือเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว คือ ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากขึ้น ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการพัฒนาส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้นแล้ว ปัญหาการกลับเป็นซ้ำย่อมลดลงได้ ทั้งนี้แนวคิดของ Orem (2001) ระบุว่าความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self care deficit) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self care

demand) โดยปัญหาความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่มีอยู่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้ตอบสนองความต้องการที่มีอยู่ในขณะนั้นได้ จากศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในประเทศไทยหลายการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองที่สำคัญอยู่ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเอง ด้านการใช้ยาและสารเสพติด 2) การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 3) การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) การดูแลตนเองด้านการกลับเป็นซ้ำ (รัชนี ศรีทริญ, 2544) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ การป้องกันและการจัดการกับภาวะวิกฤติทางจิตเวช และการมีส่วนร่วมของชุมชน (รุจิรา จงสกุลและคณะ, 2540)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ที่พัฒนาขึ้นโดย Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ประกอบด้วยหลักการที่สามารถแก้ไขปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมดูแลตนเองได้ โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยอาศัยหลักการของการทำงานร่วมกับครอบครัว คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย การส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว การรับฟังปัญหาของครอบครัว การช่วยเหลือในด้านการวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับรูปแบบการรักษาสำหรับผู้ป่วย สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัว ลดความสับสนและความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์ การช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว การฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการฟื้นฟูสภาพอาการ ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง และการป้องกันการกลับซ้ำของผู้ป่วย ทางจิต

ในการศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นใน 4 ด้านที่พบว่าเป็นปัญหา คือ 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ ผู้ศึกษาจึงได้ปรับปรุงโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวให้ครอบคลุมกิจกรรมหลักๆ 5 กิจกรรม ซึ่งสามารถแก้ไขปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมดูแลตนเองดังกล่าวได้ ดังนี้ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ

และแรงจูงใจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย 2) การให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยาและสารเสพติด 3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากการใช้ยา และป้องกันการป่วยซ้ำ 4) การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัวและพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด 5) การพัฒนาทักษะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านแล้วยังรวมไปถึงผู้ดูแลและสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวอีกด้วย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและมีพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 4 ด้านในผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ซึ่งดูได้จากค่าของคะแนนแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับ โรคจิตเภท แบบทดสอบเกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับญาติ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เป็นการช่วยเหลือและสนับสนุนแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ลดการเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความวิตกกังวล ความรู้สึกหมดหวังที่เกิดขึ้นในครอบครัว เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว เกิดความตระหนักถึงความสำคัญในส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข

จากการศึกษาพบว่า การที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้ เนื่องมาจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นการให้ความรู้และสนับสนุนส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม มีการสร้างสัมพันธภาพของใจครอบครัวให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย สอนให้คำแนะนำให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยาและสารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของ Ran, Xiang and Chan (2003) ที่พบว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ญาติมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ส่งผลให้พฤติกรรมดูแลตนเองด้านการใช้ยาดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัว ฝึกทักษะการจัดการกับพฤติกรรมที่มีปัญหา การฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจากการศึกษาของสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภททำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งความสามารถนี้เป็นองค์ประกอบสำคัญด้านหนึ่งของพฤติกรรมดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การติดตามเยี่ยมบ้าน การปฏิบัติกรพยาบาลและการฝึกทักษะต่างๆ ที่บ้านของผู้ป่วยเองในสถานการณ์จริง ทำให้สามารถวางแผนการให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว จึงส่งผลให้พฤติกรรมดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น สรุปได้ว่าการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น จากผลการศึกษานี้ทำให้ผู้ศึกษาในฐานะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะหากพยาบาลสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับในปัญหาที่เกิดขึ้น และความต้องการของตนเองได้นั้น ก็จะเกิดความคิด ความตั้งใจในการแก้ปัญหาของตนเองที่กำลังเผชิญอยู่ พยาบาลควรจัดให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ฝึกทักษะการปฏิบัติ เพื่อให้ได้ประสบการณ์ จนเกิดความรู้ มีความคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง เกิดทักษะในการดูแลตนเองด้านต่างๆ ผู้ป่วยก็จะไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม หากแต่เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าและมีคุณภาพในการทำประโยชน์ต่อสังคมต่อไปได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1. ผู้ที่จะนำโปรแกรมนี้อไปใช้ควรมีคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนที่ได้ผ่านการฝึกทักษะด้านสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ทักษะการให้คำปรึกษาครอบครัวและพัฒนาความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการใช้ยาทางจิต มีการฝึกปฏิบัติการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจนมีความชำนาญ ที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

2. ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นรายครอบครัว นับว่าเป็นการเข้าถึงบริบทและสภาพเป็นจริงของครอบครัวผู้ป่วยมากที่สุด แต่ต้องใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมมาก สำหรับในทางปฏิบัติจริง เจ้าหน้าที่ที่มีภาระงานประจำมาก อาจไม่สามารถให้การดูแลเป็นรายครอบครัวได้ จึงควรพิจารณาปรับรูปแบบการดำเนินกิจกรรมในลักษณะเป็นกลุ่มครอบครัว โดยนำครอบครัว 2-3 ครอบครัวมาจัดกิจกรรมร่วมกัน เพื่อความสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ ซึ่งใช้ระยะเวลาสั้นกว่า อีกทั้งกิจกรรมกลุ่มยังสามารถทำให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยแต่ละครอบครัวได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันเพื่อพัฒนาการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อความคงอยู่ของพฤติกรรมดูแลตนเองและการสร้างเครือข่ายในสังคมของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

3. ควรมีการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภออื่นของจังหวัดราชบุรี ได้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยประชุมชี้แจงทำความเข้าใจและอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะแก่พยาบาลวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ ครอบครัวกิจกรรมหลักๆ ที่สำคัญ คือ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา ทักษะการเผชิญความเครียด ทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนทักษะทางสังคม และจัดทำคู่มือการปฏิบัติไว้ประจำที่หน่วย PCU ทุกแห่ง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยต่อเนื่องในลักษณะการติดตามผลเป็นระยะเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม และการติดตามหลังการรักษาเพื่อ ช่วยเหลือผู้ป่วยและลดระยะเวลาการป่วยกลับซ้ำ
2. ควรมีการศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอื่นเช่น ผู้ป่วยจิตเวชทางอารมณ์ที่สามารถรับผิดชอบดูแลตนเองได้เพื่อให้เปรียบเทียบพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองต่อไป
3. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในเรื่องการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ป่วยจิตเวชโดยมีกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อให้ทราบผลของโปรแกรมที่มีต่อ พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและสามารถอ้างอิงผลที่พบไปยังประชากรที่ศึกษาได้