

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (The One-group Pretest - Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

#### สมมติฐานการศึกษา

ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักซึ่งอาจจะเป็น เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรของผู้ป่วยจิตเภทหรือเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี ที่มีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปสามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
2. สมาชิกในครอบครัวหรือเป็นผู้ดูแลเองมีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD10 มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี สามารถพูดคุยหรือสื่อสารรู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับปรุงมาจากการศึกษาของจิราพร รักรการ (2549) ที่พัฒนามาจากแนวคิด ของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษารวมทั้งความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม โดยที่ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงเนื้อหาใน กิจกรรมที่ 2 โดยเน้นเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เครื่องมือชุดนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ อจจารย์พยาบาลจิตเวชและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และมีการทดลองใช้กับครอบครัวที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครอบครัว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาระ 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง มีกิจกรรมทางสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ และภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 12 ข้อ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำไปทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คนแล้วนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .92

3 เครื่องมือกำกับการศึกษา ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้ใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของจิราพร รักรการ (2549) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยคำถาม 32 ข้อ คำนวณหาความเที่ยง

ของเครื่องมือ จากการนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คนแล้วนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .86

3.2 แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้มาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเวชของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คนแล้วนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .85

### ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการศึกษาด้วยตนเองทั้งหมด เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยววัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังการศึกษา ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการศึกษา** เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาโดยผู้ศึกษารวบรวมองค์ความรู้เพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลจิตเวชและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 ครอบครัว จากนั้นประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการทำการศึกษา เมื่อได้รับอนุมัติแล้วชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล แจงวัน เวลา ในการดำเนินกิจกรรม ตั้งแต่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการศึกษา เตรียมผู้ช่วยในการศึกษา 1 คน เป็นผู้ที่มิประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา กิจกรรมต่าง ๆ ในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและการดำเนินการศึกษาตามขั้นตอนให้ผู้ช่วยในการศึกษารับทราบและเข้าใจ จากนั้นผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์และโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยจิตเภท หากตอบตกลงเข้าร่วมการศึกษา และให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม แล้วประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบวัดภาระการดูแล (Pre- Test) ก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และนัดหมายวัน-เวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมต่อไป

### 2. ขั้นดำเนินการ

ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ระหว่างวันที่ 8 มีนาคม 2553 ถึงวันที่ 2 เมษายน 2553 ซึ่งเป็นการให้กับกลุ่มตัวอย่างที่บ้านเป็นรายครอบครัว จำนวน 20 ครอบครัว สัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 สัปดาห์ที่ 3

ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 ใช้เวลากิจกรรมละ 45 – 60 นาที วันละ 4 ครอบครั้วเช้า 2 ครอบครั้ว บ่าย 2 ครอบครั้ว รวม 5 วัน/สัปดาห์ ดำเนินการจนครบ 3 ครั้งอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 สัปดาห์

ผู้ศึกษาดำเนินการกำกับการทำงานโดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว และแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 3 ทั้งนี้ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือมากกว่า 26 คะแนน และผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 75 ขึ้นไป หรือมากกว่า 15 คะแนน

3. **ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้ศึกษาทำการประเมินภาวะของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อน (Pre-test) การศึกษา ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนดำเนินกิจกรรม และหลังดำเนินกิจกรรมครบ 1 สัปดาห์ในสัปดาห์ที่ 4 (Post-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทฉบับเดียวกัน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาคำนวณ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งโดยรวมและรายด้าน คือ ภาวะเชิงอัตโนมัติ และภาวะเชิงปรนัย หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ( $t = 19.47, 17.10$  และ  $13.11$  ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานคือ ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

## อภิปรายผลการศึกษา

ผู้ศึกษาขออภิปรายผลการศึกษานี้เป็น 2 ตอน ดังนี้

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 มีอายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 55 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 65 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 55 ไม่มีโรคประจำ ร้อยละ 65 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่าเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 35 รองลงมาเป็นที่ น้อง ร้อยละ 20 และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 45

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิกร อุปเสน (2541) เกี่ยวกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากสภาพสังคมไทยให้การยอมรับ และกำหนดบทบาทของผู้หญิงเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย อายุของกลุ่มตัวอย่าง มากที่สุดคือ อายุ 51 - 60 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) ซึ่งศึกษารูปแบบการทำนายภาระของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 60 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่บารุงและส่งเสริมผู้อื่น บุคคลวัยนี้จะเป็นวัยที่บารุงและส่งเสริมผู้อื่น และสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากครอบครัวผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย และวิถีชีวิตความเป็นอยู่แบบไทย ที่จะมีเครือข่ายทางสังคม โดยเฉพาะเครือญาติที่จะอยู่รวมกัน

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ไม่มีโรคประจำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรจนา ปุณ โณทก (2550) ที่ศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการดูแลผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้เพียงเงินเท่านั้น สามารถใช้การสนับสนุนด้านอื่นเพื่อช่วยในการแก้ปัญหา อีกทั้งในปัจจุบันผู้ป่วยสามารถใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่พบว่าเป็นบิดา/มารดา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนี้บริบทของสังคมไทย มีความคาดหวังว่า บิดามารดาต้องมีหน้าที่ดูแลบุตรและมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของกรรม จึงต้องทำใจยอมรับตามหลักของพุทธศาสนา (Rungreangkulkij & Chesla, 2001) และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-5 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เรื้อรัง นานกว่า 2 ปี จะมีผลให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแล ธรรมชาติของโรค สร้างทักษะในการเผชิญปัญหาและหาทางออกได้ดีขึ้นกว่าการดูแลในระยะเวลาที่สั้น ขณะเดียวกันก็เริ่มยอมรับเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและให้อภัยต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติที่

ยังคงมีอยู่ได้ในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การดูแลระยะเวลานาน ยังช่วยให้เกิดการปรับตัวอย่างต่อเนื่องอีกด้วยทำให้ปัญหาและการดูแลผู้ป่วยลดลง

## ตอนที่ 2 ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชน ผู้ศึกษาขออภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐานการศึกษา ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่าภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการศึกษาผู้ดูแลมีภาระในการดูแลเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัย ลดลงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปราย ได้ดังนี้

1.1 ภาระในการดูแลเชิงปรนัย พบว่า หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระในการดูแลเชิงปรนัยต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากภาระเชิงในการดูแลเชิงปรนัย หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ (Montgomery et al., 1985) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาระด้านปรนัยลดลงมากที่สุดคือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบต้องรับผิชอบงานต่างๆ มากขึ้น คือ จากระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.25$ ) เป็นระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.30$ ) ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแต่ละครั้ง สามารถส่งผลในการช่วยลดภาระด้านนี้ได้ โดยในกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ เป็นการพยายามสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว การแสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ และยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยความคิดความรู้สึกและเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว นอกจากนี้การชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือระดับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่นในครอบครัว ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเชิงปรนัยลดลง

ในส่วนของกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา (problem solving skills) ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

มีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้การรับรู้ภาวะในการดูแลเชิงประนีประนอมลดลง สำหรับในกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันธสายบัว, 2544) และยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของทีประพิน สุขเขียว (2543) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะรับรู้ภาวะการดูแลต่ำลง

1.2 ภาวะในการดูแลเชิงอัตนัย พบว่าหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะการดูแลเชิงอัตนัย ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากภาวะในการดูแลเชิงอัตนัย หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และทัศนคติ ที่เกิดเนื่องมาจากความรู้สึกหวาดกลัวและวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะด้านอัตนัยลดลงมากที่สุดคือ รู้สึกกลัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง คือ จากระดับมาก ( $\bar{X} = 3.25$ ) เป็นระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.30$ ) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสามารถช่วยลดภาวะด้านนี้ได้ เช่น ในกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและ ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (family education) จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับโรคความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ รู้วิธีการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้พวกเขาสามารถให้ความร่วมมือในการรักษาได้เป็นอย่างดี และมีความรู้สึกเป็นภาวะในการดูแลเชิงอัตนัยลดลง

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร ทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการเลือกวิธีที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหานั้น ได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง นอกจากนี้ใน กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวและมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดความเครียดซึ่งเป็นภาวะเชิงอัตนัยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lim & Ahn (2003) ซึ่งพบว่าการใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดภาวะเชิงอัตนัยได้

จากที่กล่าวมาแล้วสามารถสรุปได้ว่าในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีผลต่อการลดภาวะการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เป็นเพราะโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ทำให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคและการดำเนินของโรค การจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา รวมทั้งทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคม การฝึกทักษะในการสื่อสารเพื่อเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การสร้างความร่วมมือของครอบครัวในการวางแผนการรักษา การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาและการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### 1. เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 บุคลากรทางการพยาบาลที่จะนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้ จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้สุขภาพจิตศึกษา รวมทั้งมีพื้นฐานการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นอย่างดี ดังนั้นควรมีการฝึกอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ที่ให้นำโปรแกรมไปใช้ จะทำให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและที่สำคัญก่อนนำโปรแกรมนี้ไปใช้ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของ



ผู้รับบริการร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อสามารถปรับปรุงกิจกรรมและเนื้อหาให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการและนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยตลอดไป

1.2 บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งมีกิจกรรมหลักๆ ที่สำคัญ คือ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการพัฒนาทักษะทางสังคม ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ ในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.3 บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำกิจกรรมใน โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ สามารถปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแลแต่ละกลุ่มได้ ในโรงพยาบาลและในชุมชน เนื่องจากเป็นลักษณะของการให้ความช่วยเหลือทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ซึ่งโปรแกรมจะช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

1.4 บุคลากรทางการพยาบาลที่จะนำกิจกรรมใน โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปประยุกต์ใช้อาจพบปัญหาต่างๆ เช่น กลุ่มตัวอย่างไม่อยู่ตามที่นัดไว้ (อยู่ไม่ครบ) ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาค้างต่อไปคือ โทรศัพท์สอบถามและนัดหมายเวลาที่แน่นอน โดยนัดกลุ่มตัวอย่างในวันเสาร์ อาทิตย์ หรือช่วงที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ปัญหาระยะทางไกลจากสถานีอนามัย (ไม่รู้เส้นทาง) ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาค้างต่อไปคือ ศึกษาข้อมูล พื้นที่ก่อนออกดำเนินโครงการ (หมู่เดียวกันหรือใกล้กัน) เพื่อความสะดวกและประหยัดเวลา และ ประสานอาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยก่อนออกดำเนินโครงการ ปัญหา กลุ่มตัวอย่างบางรายอ่านหนังสือไม่ได้ ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาค้างต่อไปคือ เพิ่มขนาดตัวอักษรให้เหมาะสม และ เพิ่มจำนวนผู้ช่วยการศึกษาเพื่อช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่าง และปัญหาภาระงานเดิม ของผู้ดำเนินโครงการซึ่งในการปฏิบัติจริงอาจไม่สามารถดำเนินการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายครอบครัวได้ จึงมีข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาค้างต่อไปให้ครอบครัวมีการรวมตัวกันในชุมชน หรือที่สถานีอนามัย เพื่อดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษา คือ มีการปรับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็น “กลุ่มครอบครัว” โดยนัดหมายโรวมทำกิจกรรมครั้งละ 2 – 3 ครอบครัว เพื่อลดระยะเวลาในการจัดกิจกรรม

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาค้างต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามผู้ป่วยภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เพราะระยะเวลาที่นาน อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะ

ได้มากขึ้น เพราะถ้าผู้ดูแล ดูแลผู้ป่วยได้ดี อาการผู้ป่วยสงบไม่รบกวนผู้ดูแล การรับรู้ว่าเป็นภาระหรือปัญหาในการดูแลจะลดลง

2.2 ควรมีการศึกษาภาระในการดูแลผู้ป่วยในผู้ดูแล โรคทางจิตเวชและโรคเรื้อรังอื่นๆ ด้วยเพื่อเป็นแนวทางในการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแล

2.3 ควรมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวระหว่างผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนกลับสู่ชุมชน

2.4 ควรมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยใช้รูปแบบการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างสองกลุ่ม แบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม