

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ออกแบบการทดลองเป็นแบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง(The Pretest-Posttest Control Group) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบของครอบครัว และเปรียบเทียบภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบของครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบของครอบครัว จะต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบของครอบครัว จะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบของครอบครัว จะต่ำกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบของครอบครัว จะสูงกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพียงคนเดียวที่มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี ซึ่งได้แก่ บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างและรางวัลใดๆซึ่งมีภูมิลำเนาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 ถึง 30 มีนาคม พ.ศ. 2545 มีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา จำนวน 40 คน โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วย 20 คนแรกเป็นกลุ่มทดลอง และเลือกผู้ดูแล 20 คน หลังเป็นกลุ่มควบคุม จับคู่โดยใช้วิธี Matched pair ตามระดับการศึกษาและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม

ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม ของ Bolander (1994) ร่วมกับแนวคิดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ Nicol (อ้างถึงในกรมสุขภาพจิต, 2541) ประกอบด้วยโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ดูแลและคู่มือดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างของโปรแกรม รูปแบบกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านกายภาพบำบัดสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 7 ท่าน จิตแพทย์จำนวน 3 ท่าน นักจิตวิทยาจำนวน 1 ท่าน และนักสังคมสงเคราะห์จำนวน 1 ท่าน มีกิจกรรมในโปรแกรมทั้งสิ้น 6 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความมีคุณค่าในตน

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 5 การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกาย

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะด้านสังคม

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ตอนได้แก่

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป มี 2 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อความคำถามจำนวน 9 ข้อ

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อความคำถามจำนวน 6 ข้อ

### ตอนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เป็นแบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยสร้างเองโดยใช้แนวคิดของ Montgomery, et al. (1985) และจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มีปัญหาในการดูแล ประกอบด้วยภาวะ 2 ด้านคือ ภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัย รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 24 ข้อ มีการประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างของแบบวัดโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 7 ท่าน จิตแพทย์จำนวน 3 ท่าน นักจิตวิทยาจำนวน 1 ท่าน และนักสังคมสงเคราะห์จำนวน 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ค่าเท่ากับ 0.94 หลังจากนั้นนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

### ตอนที่ 3 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เป็นแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจาก วันดี โดสุขศรี (2539) ซึ่งใช้แนวคิดของ Denyes and Filday (1986) ร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ความรู้และประสบการณ์การตัดสินใจกระทำเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ความแข็งแรงของร่างกายของผู้ดูแล และความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วย รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 20 ข้อ มีการประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างของแบบวัด โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 7 ท่าน จิตแพทย์จำนวน 3 ท่าน นักจิตวิทยาจำนวน 1 ท่าน และนักสังคมสงเคราะห์จำนวน 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ค่าเท่ากับ 0.75 หลังจากนั้นนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78

### ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นที่ 1 สร้างโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ดูแลและคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วย

ขั้นที่ 2 สร้างเครื่องมือวัดภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นที่ 3 ขั้นเตรียมการ โดยประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องของ โรงพยาบาล สอนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 4 ดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบของศรัทมาที่สร้างขึ้นในกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มจะได้รับการสอนตามกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 3 กิจกรรม โดยแบ่งเป็นช่วงเช้า 2 กิจกรรมและช่วงบ่าย 1 กิจกรรม รวมทั้งสิ้น 6 กิจกรรม

สำหรับในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำตึกได้แก่ ได้รับคำแนะนำตามปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลแต่ละคน คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และอาการผิดปกติที่ควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์

ขั้นที่ 5 ขั้นประเมินผลทดลอง

หลังสิ้นสุดโปรแกรมประมาณ 2 อาทิตย์ ผู้วิจัยนัดผู้ดูแลมาประเมินผลการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ และทำการวัดภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows (Statistical Package for the Social science for Windows) ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่าร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S. D.) ของคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)
3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S. D.) ของคะแนนการดูแลของผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)
4. คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S. D.) ของคะแนนการดูแลและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)
5. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยลดลงกว่าก่อนการทดลองทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ว่า ภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ภายหลังจากการทดลองจะต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 ที่ว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ภายหลังจากการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

3. ภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ นั้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 ที่ว่า ภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลภายหลังจากการทดลอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ นั้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ 4 ที่ว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลภายหลังจากการทดลอง ในกลุ่มที่ได้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมมีผลทำให้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยลดลงและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีผลการวิจัยดังนี้

1. ภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 และจากการพิจารณาภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จำแนกตามรายด้านในกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะในการดูแลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัย และเมื่อพิจารณาภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จำแนกตามรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีภาวะในการดูแลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 2 ด้าน นั่นคือ การได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมมีผลต่อการลดภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วย การดูแลผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะการพัฒนาความมีคุณค่าในตน การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการพัฒนาทักษะทางสังคม นับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล โดย Rose (1997) มีแนวคิดว่า บุคลากรในทีมจิตเวชมีความสำคัญในการลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมกับความรู้ของผู้ดูแล บุคลากรทางวิชาชีพที่มีทัศนคติที่ดีกับผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลรับรู้และชื่นชมเกิดความสนใจในคำแนะนำ และ Rose กล่าวว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมอีกแหล่งหนึ่งมาจากความเชื่อของผู้ดูแล คือด้านจิตวิญญาณ สิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจของผู้ดูแล แม้ว่าจะไม่สามารถวัดในเชิงปริมาณได้ แต่ก็เป็นส่วนสำคัญในการให้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต โดยบรรเทาความรุนแรงของปัญหา เช่น การที่ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรือข้อมูลคำแนะนำอื่นๆทั้งจาก

พยาบาลและสมาชิกผู้ดูแลในกลุ่มด้วยกัน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985)

Cohen & Wills (1985) อธิบายกลไกการทำงานหรือผลการสนับสนุนทางสังคมว่า ทำให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์มั่นคงในการต่อสู้กับปัญหา ผลทางจิตใจจะทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ มองเห็นวิถีทางที่จะหลีกเลี่ยงจากสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด ผลโดยอ้อมของการสนับสนุนทางสังคมคือ ช่วยดูดซับหรือบรรเทาความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด โดยช่วยให้บุคคลประเมินความรุนแรงของภาวะเครียดลดลง (Lazarus & Folkman, 1986 อ้างถึงใน ทวีประพิน สุขเขียว, 2543) ซึ่งจากการที่ผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมในลักษณะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นวิธีการเรียนรู้โดยใช้ประสบการณ์ ความรู้สึกของผู้ดูแลโดยตรง ร่วมกับกระบวนการกลุ่มจะทำให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ความรู้สึกซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม และหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ดูแลบางคนบอกถึงความรู้สึกว่า “แต่ก่อนมีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังจนอยากฆ่าตัวตายเนื่องจากไม่รู้จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างไร เมื่อมีอาการรุนแรงแล้วไม่สามารถจัดการอะไรได้ แต่ตอนนี้มีความรู้สึกดีขึ้น มีกำลังใจขึ้น อย่างน้อยก็มีคนเห็นใจ เข้าใจและให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และยังมีคนอื่นที่เป็นเหมือนเรา บางคนหนักกว่าเราก็มียัง จะขอสู้ต่อไป” จะเห็นว่ากลไกการทำงานของการสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้แก่บุคคล (Norbeck, 1981) ดังนั้นผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมากจะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มาก รวมทั้งได้ข้อมูลย้อนกลับที่มีผลส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง จะช่วยลดความเครียดที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย (Thomson, et al., 1993) ซึ่งตรงกับทัศนะของ Pender (1987) เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมจะดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ โดยการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อการช่วยให้บุคคลมีวิจรรย์ญาณในการเลือกกลวิธีปรับตัวที่เหมาะสมเมื่อมีความเครียด และการปรับพฤติกรรมให้ ผู้ดูแลรู้สึกดีต่อสถานการณ์ในการดูแล ทำให้การรับรู้ภาวะลดลง (Lawton, et al., 1989)

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Pakenham and Daddo (1987 อ้างถึงใน ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540) พบว่า ครอบครัวที่ได้รับข้อมูลและการสอนวิธีการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีประสบการณ์ทางอารมณ์ในด้านลบน้อย จะรับรู้ถึงภาวะและประสบการณ์ความขัดแย้งของครอบครัวน้อยกว่า สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Pai and Kapur (1981), Lefley (1987: 616) และ Robinson (1994: 312-319) พบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จะทำให้ภาวะการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยต่ำลงและครอบครัวจะมีการปรับตัวและทำหน้าที่ในสังคมได้ดีขึ้น

เมื่อพิจารณาคะแนนภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายชื่อ พบว่า ภาวะในการดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกข้อ โดยที่คะแนนภาวะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง ยกเว้น ข้อ 10 ความรู้สึกสงสารผู้ป่วยไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ดูแลทุกคนส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดาถึงร้อยละ 70 ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยทำให้ความรู้สึกสงสารผู้ป่วยต้องการให้ผู้ป่วยหายไม่แตกต่างกันทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ส่วนข้อที่มีคะแนนภาวะเชิงอัตนัยสูงสุดหลังการทดลองคือ ความรู้สึกเป็นห่วงว่าจะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย (3.520 คะแนน) ซึ่งถือว่ามีภาวะในการดูแลระดับปานกลาง เนื่องจาก ถึงแม้ผู้ดูแลจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม แต่ความเป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยซึ่งมีความผูกพันทางสายเลือด ย่อมทำให้ความรู้สึกเป็นห่วงกลัวบุตรจะได้รับอันตรายก็ยังคงอยู่ ถึงแม้ว่าจะลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองก็ตาม เป็นเพราะความรับผิดชอบของครอบครัวหรือพ่อแม่ที่จะต้องทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (Friedman, 1992 อ้างถึงใน ภูมิชาติ แสงเขียว, 2542)

ส่วนคะแนนภาวะเชิงปรนัยของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายชื่อ พบว่า ภาวะในการดูแล ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 9 ข้อ โดยที่คะแนน หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และไม่แตกต่าง 3 ข้อ ได้แก่ เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบท่านต้องรับผิดชอบต่องานเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยทำให้ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวได้รับอันตราย และการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากไม่ว่าก่อนและหลังการทดลอง โดยหน้าที่ของบิดาหรือมารดาแล้ว จะต้องรับผิดชอบในการดูแลเมื่อสมาชิกเจ็บป่วย ต้องหาเงินเพื่อสนับสนุนในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยซึ่งไม่มีรายได้ (Friedman, 1992 อ้างถึงใน ภูมิชาติ แสงเขียว, 2542) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ บิดาหรือมารดาจะต้องมีหน้าที่ดูแลและรับผิดชอบต่อทุกอย่างในบ้านเพิ่มขึ้น และพบว่า หลังการทดลอง ข้อนี้ยังมีคะแนนภาวะสูงกว่าข้ออื่นๆ (2.850 คะแนน เท่ากับ ภาวะในการดูแลระดับปานกลาง) เป็นเพราะว่า ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท แม้ว่าอาการทางจิตดีขึ้นจนสามารถกลับไปอยู่ที่บ้านได้ ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) ดังนั้น ครอบครัวโดยเฉพาะ บิดาหรือมารดา ยังคงต้องรับผิดชอบต่อดูแลผู้ป่วยและรับผิดชอบต่องานมากขึ้นตามหน้าที่ (Friedman, 1992 อ้างถึงใน ภูมิชาติ แสงเขียว, 2542)



2. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 และ 4 ตามลำดับ นั่นคือ การได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ทั้งนี้เป็นเพราะโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม เน้นพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ของผู้ดูแลซึ่งเปรียบได้กับการดูแลตนเองเพื่อบุคคลผู้พึ่งพา โดยความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลผู้พึ่งพา (Capabilities for dependent-operation) พลังความสามารถ 10 ประการ (Power component of care) และความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล (Foundation capabilities and disposition) (Orem, 2001) ซึ่งกิจกรรมการพัฒนาความมีคุณค่าในตน การพัฒนาการรู้จักตนเอง ความเข้าใจตนเอง การยอมรับตนเอง การจัดการกับความเครียด การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกาย รวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญในการจัดแบ่งเวลาเพื่อทำกิจกรรม ล้วนแล้วแต่เป็นส่วนประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองทั้งสิ้น (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534; Orem, 2001) ดังนั้น กิจกรรมดังกล่าวในโปรแกรมจะเป็นการเสริมสร้างและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและผู้ป่วยของผู้ดูแล

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yamashita (1996: 121-125) ได้ศึกษาผลของการทำ Support Group ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในบทบาทของตนมากขึ้น นอกจากนี้ยังเชื่อว่า โปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลได้ ส่งผลให้พวกเขาสามารถให้ความร่วมมือในการรักษา ควบคุมความเครียดและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยเป็นอย่างดี

เมื่อพิจารณาคะแนนความสามารถของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลอง จำแนกรายข้อ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความสามารถด้านความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกข้อ โดยที่คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และพบว่า ข้อคะแนนสูงสุด คือ เพื่อนหรือครอบครัวทำให้ท่านดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี (4.700 คะแนน) แสดงว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถตัดสินใจดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้นด้วยตนเอง

สำหรับคะแนนความสามารถของผู้ดูแลด้านความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจกระทำเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ในกลุ่มทดลอง จำแนกรายข้อ พบว่า ความสามารถในการดูแล ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกข้อ โดยที่

คะแนนความสามารถหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และพบว่าข้อที่มีคะแนนสูงสุดหลังการทดลอง คือ ท่านรู้ถึงอาการเริ่มแรกที่แสดงถึงเปลี่ยนแปลงอาการทางจิตของผู้ป่วย (4.750 คะแนน) ซึ่งแสดงว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในเรื่องดังกล่าวในระดับมากที่สุด ส่วนความสามารถต่ำสุด หลังการทดลอง คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (4.100 คะแนน) แสดงว่า มีความรู้โรคจิตเภทในระดับมาก ซึ่งก่อนการทดลอง พบว่า มีคะแนนความรู้ 1.800 ซึ่งแสดงว่าผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในระดับน้อย

จะเห็นว่าผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในระดับน้อยกว่าข้ออื่นๆทั้งก่อนและหลังการทดลอง อาจเป็นเพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งจากการเข้าร่วมกิจกรรมผู้ดูแลส่วนใหญ่บอกว่าไม่เคยได้ยิน คำว่าโรคจิตเภท รู้แต่โรคเครียด และมีส่วนน้อยรู้จักโรคจิต และไม่รู้จักเกี่ยวกับอาการและการรักษา ดังนั้น หลังการทดลอง แม้ว่าจะมีความรู้เพิ่มมากขึ้นก็ตามแต่ก็ยังมีคะแนนต่ำกว่าข้ออื่นๆ อาจเป็นเพราะความรู้เรื่องโรคจิตเภทเป็นความรู้ใหม่ของผู้ดูแลที่ได้รับเป็นครั้งแรก เมื่อเปรียบเทียบกับความรู้อื่นๆเช่น ความรู้เกี่ยวกับการพักผ่อนของผู้ป่วย การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายซึ่งเป็นความรู้ที่มีอยู่ตามประสบการณ์เดิม จึงทำให้คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทต่ำกว่าความรู้ด้านอื่นๆ

จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมมีผลต่อการลดภาระและเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ

ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งจะได้รับการดูแลตามแบบแผนกิจกรรม 6 กิจกรรม ด้วยกัน คือ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความมีคุณค่าแห่งตน การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกาย และการพัฒนาทักษะทางสังคม โดยการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) เป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยการเรียนรู้พื้นฐาน 2 อย่างคือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) และกระบวนการกลุ่ม (Group Process) ซึ่งสมาชิกในกลุ่มแต่ละคนจะมีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกและความรู้ซึ่งกันและกัน โดยเน้นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้ดูแล การทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) คือผู้ดูแลต้องทำกิจกรรมตลอดเวลาไม่ได้นั่งฟังการบรรยายเพียงอย่างเดียว มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลด้วยกันเองและระหว่างผู้ดูแลกับผู้วิจัย และปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวจะทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้าง

ขวาง โดยอาศัยรูปแบบการพูด การเขียนและการฝึกปฏิบัติ ซึ่งการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม จะทำให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ (Nicol อ้างถึงในกรมสุขภาพจิต, 2541) ซึ่งสามารถอธิบายการพัฒนาการเรียนรู้ของผู้ดูแลได้ 4 ประการดังนี้

ประการที่ 1 โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) รวมทั้งแนวคิดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 7 ด้าน ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มีปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแลแต่ละคน นำเสนอประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของแต่ละคน จะทำให้ผู้ดูแลมองเห็นสถานการณ์ได้อย่างชัดเจน และเชื่อมโยงสถานการณ์จริงกับการเรียนรู้ทฤษฎีในคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ประการที่ 2 ขั้นการสะท้อนแนวคิดและค่านิยม ให้ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันตามสถานการณ์ที่แต่ละคนเสนอ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองและผู้ป่วยแบบองค์รวม ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะที่ลดลงและรับรู้ความสามารถของตนต่อการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วย

ประการที่ 3 สร้างความเข้าใจและความคิดรวบยอด โดยผู้วิจัยใช้คำถามหรือคำพูดในการกระตุ้น ชักจูงให้ผู้ดูแลร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางและวิธีการปฏิบัติในการดูแลตนเองและผู้ป่วยที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และความสามารถในการดูแลตนเองและผู้ป่วย

ประการที่ 4 การทดลองและการตรวจสอบพฤติกรรมใหม่ คือผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสฝึกแสดงออกถึงพฤติกรรมและความรู้สึกตามสถานการณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงของผู้ดูแล โดยใช้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการสนับสนุน คัดค้านการแสดงพฤติกรรม หรือการให้เวลาแก่ผู้ดูแลในการนำแนวคิดของการดูแลตนเองแบบองค์รวมไปทดลองปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยใช้ประสบการณ์จริงของผู้ดูแลดังกล่าวร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม จะทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้บรรเทาความรุนแรงของปัญหา เนื่องจากผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือข้อมูลคำแนะนำอื่นๆจากพยาบาลและจากสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985)

ในขณะที่ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติได้แก่ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะที่อยู่ที่บ้านเป็นรายบุคคล เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกต

อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ฯลฯ ซึ่งเป็นการดูแลที่ไม่มีรูปแบบแน่นอน ทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมลดน้อยลงกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม และผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมมีความสามารถในการดูแลต่ำกว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง

ดังนั้น สรุปได้ว่า การดูแลผู้ดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม มีผลต่อการลดภาระในการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ จากผลการวิจัยนี้ พยาบาลจิตเวช ควรตระหนักถึงความสำคัญของการให้บริการเพื่อการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะการให้การดูแลแบบองค์รวม แก่ผู้ดูแลทุกคนที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช โดยเน้นเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณพร้อมไปกับการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มากกว่าการมุ่งให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งการได้รับความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถรับประกันได้ว่าผู้ดูแลจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) รวมทั้งสามารถนำโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมไปใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ โดยการติดตามเยี่ยมบ้านและจัดกิจกรรมการดูแลในชุมชนเป็นระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านทุกราย นอกจากนี้การดูแลแบบองค์รวมนับเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลจิตเวช เนื่องจากพยาบาลจิตเวชมีบทบาทที่แตกต่างจาก ผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่น คือ ต้องปฏิบัติการพยาบาลเพื่อมุ่งพัฒนาผู้รับบริการในฐานะบุคคลทั้งคนแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้ศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ซึ่งนอกจากใส่ใจต่อผู้รับบริการแล้ว จะต้องดูแลช่วยเหลือตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวและชุมชนด้วย โดยการดูแลจะครอบคลุมทั้งการช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป โดยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัด รักษา/บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพเพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับการฟื้นคืนหาย การส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค และการป้องกันสุขภาพ รวมทั้งเน้นให้การดูแลผู้รับบริการทั้งผู้ที่ไม่ป่วยและผู้ป่วย ทั้งนี้พยาบาลจิตเวชจะต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ และการประเมินผล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

ดังนั้น การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมในการศึกษารั้งนี้ นับว่าเป็นศาสตร์ทางการพยาบาลจิตเวช เนื่องจากมีการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลโดยการทบทวนวรรณกรรม การศึกษากับผู้ดูแลที่มีปัญหาการดูแลผู้ป่วยโดยตรงก่อนที่จะจัดกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การพยาบาลตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ และนับว่าเป็นการส่งเสริมภาวะสุขภาพและ

ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ รวมทั้งเป็นรูปแบบการให้บริการตามแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับหรือการแก้ไขปัญหา โดยการส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจะใช้ต้นทุนน้อยกว่าการรักษา

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ในด้านการบริการพยาบาล พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมนี้ไปใช้ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนืองที่บ้าน ซึ่งผู้ที่จะนำโปรแกรมนี้ไปใช้จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งมีพื้นฐานการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างดี ดังนั้นควรมีการอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ที่จะใช้โปรแกรมนี้ก่อนการใช้งานจะทำให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และที่สำคัญก่อนการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ควรมีการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการก่อน โดยใช้ศาสตร์ด้านการพยาบาลจิตเวชและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อสามารถปรับกิจกรรมในโปรแกรมให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ

โดยการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมนี้สามารถปรับรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมนี้เพื่อให้เหมาะสมตามสภาพความต้องการของผู้ดูแลในแต่ละกลุ่มได้ เนื่องจากกิจกรรมบางกิจกรรมเหมาะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยในชนบทหรือบางกิจกรรมอาจจะเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะในเมือง นอกจากนั้นโปรแกรมนี้ยังสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยอื่นๆได้ เพื่อเป็นการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงของผู้ดูแลที่อาจเกิดขึ้นได้

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามประเมินผลในระยะยาวในชุมชน เพื่อเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ดูแลแก่ผู้ดูแลเป็นระยะๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาการดูแลที่ไม่สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดการคงอยู่ของความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และการรับรู้ภาวะหรือปัญหาในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง โดยการติดตามไปประเมินที่บ้านในระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสมของผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละคน