



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา
2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD 10 ว่าเป็นโรคจิตเภท มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีคะแนนประเมินอาการทางจิต Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน คะแนน สื่อสารภาษาไทยเข้าใจไม่มีปัญหาในการสื่อสารพูดคุยได้ตอบและอ่านออกเขียนได้สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ผู้วิจัยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยคัดเลือกเฉพาะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 15 คน คัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จากนั้นทำการประเมินระดับความ

รุนแรงของอาการทางจิต ด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ซึ่งต้องมีคะแนนไม่เกิน 30 คะแนนซึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรง ประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (pre-test) ผู้วิจัยแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในงานวิจัย โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง 15 คนแรกนั้นเป็นกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มทดลองทั้งหมด 15 คน เพื่อจับคู่ให้กลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (matched pair) กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จนได้กลุ่มควบคุมครบ 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองแบ่งเป็น 3 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson, Hogerty, and Reiss. (1980) โดยสร้างเนื้อหาในโปรแกรมตามแนวคิดของ Meijel, et al. (2003) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว

ครั้งที่ 2

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการใช้ยา

ครั้งที่ 3

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและความเครียด

ครั้งที่ 4

กิจกรรมที่ 5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลนภากาศ จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 5 คน โดยดำเนินกิจกรรมครบ 5 กิจกรรม จากนั้นนำมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไข โดยการดำเนินการทดลองมีกิจกรรม ดังนี้

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีลักษณะให้เลือกตอบเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้วิจัยได้ศึกษาพัฒนาจากแนวคิดของ Meijel, et al. (2003) ในด้านการจำแนกอาการเตือนและพัฒนาจากแบบสอบถามของเพชรี คันธสายบัว (2544) ในด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง เป็นแบบสอบถามมีมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ รวมจำนวน 14 ข้อ

แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เท่ากับ .92 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติ เหมือนกลุ่มตัวอย่างที่กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งผลการหาความเที่ยงเท่ากับ .82

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ

3.1 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาสร้างขึ้นโดยสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 1.00 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .82

3.2 แบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ผู้วิจัยได้นำมาจากแบบวัดความเครียดของดวงรัตน์ แซ่เตียว ตามแนวคิดของ Jalowice (1983) ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 13 ข้อ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .92 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .80

ขั้นตอนการทดลอง

1. ระยะก่อนการทดลอง ใช้เวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์ในการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง จากนั้นดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ประสานงานกับฝ่ายจิตเวชโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว แจกวัสดุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม

เข้าร่วมการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนกิจกรรม ระยะเวลาของการวิจัย และวัตถุประสงค์
ป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Pre-test)

2. ระยะเวลาในการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนรายครอบครัว
ตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่สร้างขึ้นในกลุ่มทดลองทั้ง 15 คน มีการดำเนินการ
5 กิจกรรมที่บ้านผู้ป่วย ใช้เวลา 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 ครั้งที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2
ครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 และ 4 ครั้งที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 5 ใช้เวลาในการดำเนินการ
45-60 นาที ดำเนินการทดลองกลุ่มในเดือนกันยายน 2554 เวลา 08.00-18.00 น.

สำหรับกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาล
ศูนย์ราชบุรี ได้แก่การซักประวัติ ประเมินอาการทั่วไป การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ราย
ครอบครัวและรายกลุ่มตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย การประสานงานกับศูนย์สุขภาพชุมชนแผนก
งานสุขภาพจิตชุมชน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทเดือนละ 2 ครั้ง เป็นการติดตามการรักษา การได้รับ
ยาตามแผนการรักษาของจิตแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม
คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนำมาแจกแจงความถี่
และคำนวณค่าร้อยละ
3. คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำด้าน
การจำแนกอาการเดือน ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง
ของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำด้านการ
จำแนกอาการเดือน ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและด้านการใช้ยาที่ถูกต้องของ
กลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Pair-t test
กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำด้านการ
จำแนกอาการเดือน ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและด้านการใช้ยาที่ถูกต้องของ
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองโดยใช้สถิติ independent-t test
กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.6 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย มีจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.3 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.0 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเวชอยู่ในช่วง 1-10 ปี มีจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.6 สถานภาพโสด มีจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.6 ส่วนใหญ่ว่างงาน มีจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.3

2. คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยภาพรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้านคือด้านจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและด้านการใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หลังการทดลอง มีระดับสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีระดับสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

3. คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยภาพรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้านคือด้านจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและด้านการใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยภาพรวมและรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีระดับสูงกว่าก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

โดยสรุป จากการสรุปผลการวิจัยตามสมมติฐาน แสดงให้เห็นว่า สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่าจะแนบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถอธิบายได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเรื้อรังที่มีอัตราการกำเริบสูง โดยพบว่าร้อยละ 50-70 มีการกลับเป็นซ้ำของโรคได้อีกภายใน 1 ปี หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาก่อให้เกิดการป่วยซ้ำของตนเองอยู่ (Gulseren, Turgut, Yaprak & Kultur, 1999) ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี โดยการให้ความรู้ผู้ป่วย ญาติและครอบครัวเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับรักษา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา และการเตรียมผู้ป่วยให้สามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับสามารถจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ ลดการกลับเป็นซ้ำลง (Christine Rummel Kluge et al., 2006)

การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงขึ้น โดยได้ศึกษาแนวคิดการจำแนกอาการเตือนของ Meijel, et al. (2003) และการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของเพชรี คันธสายบัว (2544) 2 ตัวแปร คือ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยจัดกิจกรรมที่ 1 เป็นการอภิปรายเกี่ยวกับลักษณะครอบครัวและปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในครอบครัว หรือปัญหาอื่นในครอบครัว เพื่อร่วมกันค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยให้ข้อมูลว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น อาจเปรียบได้กับโครงสร้างของครอบครัวที่ต้องมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเช่นกัน โดยวัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกรณีของผู้ป่วยเราต้องการให้ผู้ป่วยดีขึ้น และอาการไม่กำเริบ สิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในตัวผู้ดูแล คือ การยอมรับทำให้อยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข รวมไปถึงการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท มีผล

ต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสอดคล้องกับการศึกษาของ Linszen et al. (1997) พบว่าครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีความเสี่ยงสูงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นในการให้ความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลเกิดการสังเกตอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้น คือ มีความรู้ตัวว่าขณะนั้นเรากำลังรู้สึกอย่างไรเมื่อมีสิ่งต่างๆ มากระทบการหมั่นคอยสังเกตจะทำให้ผู้ดูแลมีความไวในการรู้อารมณ์ของตน ขึ้นต่อไป คือ การควบคุมและแสดงออกอย่างเหมาะสม เพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่นในครอบครัว หากผู้ดูแลแสดงออกถึงความรู้สึกทางบวกต่อผู้ป่วยก็จะเป็นแรงส่งให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง และยินดีร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ในกิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการใช้ยา ยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับสถานะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง เสริมสร้างให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการรับประทานยาโรคลดจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากผลข้างเคียงของยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ในส่วนของกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย และปัจจัยอื่น ๆ ที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคลดจิต คือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการเข้าสังคม การลดความตึงเครียด และความขัดแย้งในครอบครัว นอกเหนือจากการให้ยารักษาโรคลดจิต ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค นอกจากนี้ในกิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด เป็นการจัดการกับความเครียดอย่างหนึ่งที่เป็นทักษะทางสังคม และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัย รวมถึงปัจจัยด้านระบบประสาทและปัจจัยด้านสังคม และการป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถเผชิญกับปัญหาและความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Anti - Otong, 1995:245) ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งทำให้สามารถเลือกใช้ชีวิตที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา มีความสามารถในการดูแลตนเอง (ทีปประพิน สุขเขียว, 2543) สำหรับในกิจกรรมที่ 5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งรวมถึงการพัฒนาทักษะทางสังคมในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือ

การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม (เพชรี คันธสาขบัว, 2544) นอกจากนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัว ยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างในการแก้ปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ มีทัศนคติต่อผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้การพัฒนาาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดได้ จะเห็นได้ว่าการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวทั้ง 5 กิจกรรมแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำได้ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองในการเผชิญปัญหาและด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง

2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติสามารถอธิบายได้ว่า การนำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson, Hogerty, and Reiss. (1980) มาสร้างเป็นสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้น และสามารถพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง (Chien, Kam, & Lee, 2001) ในการดูแลประกอบด้วยการสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยอาศัยหลักการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) ในสังคมไทยนั้นครอบครัวจะมีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้ป่วยอย่างมาก โดยที่สมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อมีปัญหาหรือความบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำงานและดำเนินชีวิตได้ดีขึ้น โดยครอบครัวเป็นต้นกำเนิดของความรัก การยอมรับ การได้รับรางวัลและการสนับสนุนของบุคคล เป็นการดูแลด้านจิตสังคมและการให้การสนับสนุนแก่สมาชิกในครอบครัว และยังเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ในทางสร้างสรรค์ มีผลต่อพฤติกรรม

สร้างเสริมสุขภาพและผลลัพธ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพด้วย (Friedman and Mc Cown, 1998:352)การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การรับฟังสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การช่วยเหลือในด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การจัดการกับอาการทางจิต ได้แก่ การสังเกตอาการเตือน การกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีสัมพันธ์กับผู้อื่น ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์ ส่งเสริมการพัฒนาทักษะทางสังคมทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแสดงความคิดและความรู้สึกที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นการสื่อสารทางบวก ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพจิต ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายถึงอาการและลักษณะพฤติกรรมการป่วยซ้ำของตนเอง นับเป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ในการลดความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำ และมีการศึกษาพบว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายถึงอาการและการแสดงพฤติกรรมของตนเองได้อย่างถูกต้องนั้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้น สามารถคาดเดาถึงความรุนแรงของการป่วยซ้ำได้ และรับรู้ถึงสิ่งที่มีมากระตุ้นให้เกิดอาการป่วยซ้ำ จนกระทั่งสามารถค้นพบอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำได้ (Baker, 1995)

จะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson, Hogerty, and Reiss. (1980) มาสร้างเป็นสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนร่วมกับการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 3 ด้านดังที่ได้กล่าวไว้ในข้อที่ 1 ทำให้กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มขึ้นมีผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เช่นการดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ การดูแลเกี่ยวกับการได้รับยาตามแผนการรักษาของจิตแพทย์ การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เป็นต้น รวมถึงการให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย ซึ่งเป็นการดูแลที่ยังไม่มีรูปแบบชัดเจน ยังขาดการพัฒนาในกลุ่มควบคุมและการพยาบาลตามปกติ ที่พบว่าเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเน้นการปฏิบัติงานตามหน้าที่ให้เสร็จสิ้นในแต่ละวันที่ได้รับมอบหมาย โดยผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการสนับสนุนระดับประครองทางด้านอารมณ์และจิตใจเหมือนกับกลุ่มทดลอง จึงทำให้กลุ่มควบคุมไม่ได้รับความรู้เรื่องโรค จิตเภท การพัฒนาทักษะในการจำแนกอาการเตือนและการจัดการกับอาการเตือนหรือปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ไม่สามารถปรับตัวในการเข้าสังคม และอาจเกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ทั้งก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากเหตุผลดังกล่าวเห็นได้ว่า การนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้ง 5 กิจกรรม คือ การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัว

เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการนำทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจและมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น เป็นการช่วยเหลือประคับประคองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลลดการเกิดความรู้สึกลบข้อใจ ความรู้สึกล้มเหลวที่เกิดขึ้นในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น อยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข (Kuiper, Leff & Lam, 1992) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำ โดยผ่านกิจกรรมที่กล่าวมาแล้วนั้นสามารถทำให้ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่าสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ดีเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลแผนกสุขภาพจิตและจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่รับผิดชอบ ควรจะนำการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นรายกลุ่มหรือรายครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สามารถดูแลตนเองด้านการจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง นอกจากนี้ผู้บริหารควรนำผลการวิจัยไปร่วมกันวางแผนการพยาบาลกับพยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้อง

2. ด้านการศึกษา อาจารย์พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องสามารถนำการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไปให้ความรู้กับนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนได้ ซึ่งจะช่วยให้ศึกษามีความรู้ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้

ข้อเสนอแนะสำหรับทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังสิ้นสุดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น ทุก 3 เดือน เป็นต้น เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยทางจิตเวชอื่นๆด้วย เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่น ว่ามีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำแตกต่างกันอย่างไรบ้างและมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละโรค