

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภท ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ศึกษาในชุมชน อำเภอบ้านหมอจังหวัดสระบุรี ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

#### สมมติฐานการศึกษา

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอันประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวในชุมชน อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วย สมาชิก 3 คนซึ่ง ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD-10 ซึ่งได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน โดยอาศัยอยู่ในเขตอำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี จำนวน 20 คน มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิงเป็นผู้ที่มีระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระดับปานกลางถึงระดับต่ำที่สุด คือมีคะแนน 1- 3.49 สามารถพูดคุยหรือสื่อสารเรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวน 20 คน ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักซึ่งอาจจะเป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรของผู้ป่วยจิตเภทหรือเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล มีอายุระหว่าง 20-65 ปี สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

3. สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน หรือเป็นผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย มีอายุระหว่าง 20-65ปี สามารถพูดคุยหรือสื่อสาร ได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะประเมินผลการศึกษาจากผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งผู้ศึกษา ได้ปรับปรุงจากการศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม จัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ดำเนินการที่บ้านผู้ป่วยเป็นรายครอบครัวติดต่อกัน 3 สัปดาห์โดยใช้เวลากิจกรรมละ 45-60 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา การตระหนักในความสำคัญของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและทัศนคติของครอบครัว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ สมรส จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และเพรี คันทสาขบัว (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น ข้อความทางลบ 9 ข้อ ข้อความทางบวก 9 ข้อ ให้ตอบเป็นระดับเป็นระดับมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาซึ่งใช้ในการศึกษาของสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ได้ผ่านการตรวจสอบ ความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่านพิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้อง ของการวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความตรงตามเนื้อหา คำนวณดัชนีความตรง ตามเนื้อหาได้เท่ากับ .90

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยผู้ศึกษานำแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนแล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร Chronbach Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .83

### 3. เครื่องมือกำกับการศึกษา มี 2 ส่วน คือ

3.1 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาปรับปรุงมาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตของของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ข้อความที่ต้องตอบใช่ ได้แก่ ข้อ 1,2,4,5,6,7,8,9,11,12,13,14,15,16,17,19,20 ข้อความที่ต้องตอบไม่ใช่ ได้แก่ ข้อ 3,10,18

3.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้ใช้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การคิดคะแนนโดยให้คะแนนข้อคำตอบที่ถูกต้อง 1 คะแนน และให้คะแนนข้อคำตอบที่ผิด 0 คะแนน

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชชั้นสูง 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้ศึกษานำรายละเอียดของเครื่องมือที่ปรับปรุงขึ้นพร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้ศึกษารวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบการให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา ผู้ศึกษาได้นำไปปรึกษา ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัด คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .93 จากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ได้นำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .80 ซึ่งแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เพิ่มคำถามตามข้อเสนอของผู้ทรงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหามากขึ้น

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาในชุมชนเขตอำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.82

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สูตร Kuder Richardson-20 ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ 0.84

## ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. การเตรียมความรู้ของผู้ศึกษาเรื่องการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวได้ ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่าน เอกสาร ตำรา งานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม โดยคุณสมบัติของผู้ใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว คือ เป็นผู้ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีประสบการณ์ในการทำจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และเป็นพยาบาลในระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2. เตรียมตัวด้านทักษะการใช้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยผู้ศึกษา ได้ทำ การศึกษาเกี่ยวกับขั้นตอนกระบวนการตลอดจนเทคนิคในการใช้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เพื่อการดำเนินการตามโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

4. เตรียมติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลบ้านหมอ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ในการขอความร่วมมือในการทำการศึกษา โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างโครงการศึกษาอิสระและเครื่องมือการศึกษา ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูลแจ้งวันเวลา ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการศึกษา

5. ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา หลังจากนั้นจึงนัดหมายผู้ป่วยจิตเภทในการดำเนินการ โดยผู้ศึกษาจะเป็นผู้เดินทางไปที่บ้านของผู้ป่วยตามวันเวลาที่กำหนดด้วยตนเอง

6. ผู้ศึกษาได้เตรียมผู้ช่วยในการศึกษา เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 1 คน ซึ่งผู้ช่วยเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 3 ปี และรับผิดชอบงานสุขภาพจิตในชุมชน โดยผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา กิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา การดำเนินงานตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยในการศึกษาเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน โดยมีหน้าที่ช่วยทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

การรักษาก่อนการดำเนินการ (Pre-test) และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการดำเนินการตามโปรแกรม สิ้นสุดลงในสัปดาห์ที่ 2 (Post-test)

### ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการศึกษา

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรีเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ภายหลังได้รับอนุมัติผู้ศึกษาคิดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอ บ้านหมอ จังหวัดสระบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ตลอดจนขั้นตอนและกระบวนการในการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้ศึกษาทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน จากพยาบาลจิตเวชชุมชน
4. ผู้ศึกษาทำการประเมินคุณสมบัติของกลุ่มศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลบางส่วนก่อนพบผู้ป่วยและดำเนินการคัดเลือกกลุ่มศึกษาตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้คือ มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมศึกษาด้วยความสมัครใจแล้วผู้ศึกษาจึงขอความร่วมมือในการลงนามเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยอธิบายวิธีสัมภาษณ์จนกลุ่มศึกษาเข้าใจแล้วจึงตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-test)
6. ภายหลังจากตอบข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาแล้วผู้ศึกษาเริ่มดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในกิจกรรมที่ 1 ถึงกิจกรรมที่ 5 ซึ่งทั้ง 5 กิจกรรมเป็นการจัดกิจกรรมรายครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วย 1 รายและสมาชิกในครอบครัว 1 ราย สัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45-60 นาทีจนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1-21 มีนาคม 2553 ดังรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา การตระหนักในความสำคัญของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและทัศนคติของครอบครัว

ในทุกขั้นตอนดำเนินการกิจกรรมที่บ้านของผู้ป่วย โดยผู้ศึกษามีบทบาทของการเป็นผู้ให้ความรู้ตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทของการเป็นผู้รับความรู้ตลอดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

7. ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการกิจกรรมที่ 5 ผู้ศึกษาดำเนินการกำกับการทดลองทันทีที่ใช้แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทและแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจิตเภท พบว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทุกคนมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือมากกว่า 27 คะแนน และผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 75 ขึ้นไป หรือมากกว่า 15 คะแนน

ขั้นตอนที่ 3 ขึ้นเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยผู้ศึกษาเป็นผู้ทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการดำเนินการ (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวครบ 3 สัปดาห์ ผู้ศึกษาชี้แจงให้กลุ่มวิจัยทราบว่าผู้ช่วยศึกษาจะเข้าพบและขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาชุดเดิมในสัปดาห์ 5 (Post-test) โดยนับจากวันสิ้นสุดโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ จากนั้นผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยดำเนินการในวันที่ 3 เมษายน 2553

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยใช้ สถิติทดสอบที (t-test)
3. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาผลของ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท สามารถสรุปผลการศึกษาดังนี้

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาของผู้ป่วย

จิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยรวม ( $\bar{X}=61.30$ ) ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ( $\bar{X}=50.45$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t=-14.57$ ) ซึ่งเมื่อพิจารณาแยกเป็นรายด้าน ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ( $t = -9.16$  และ  $-12.41$  ตามลำดับ)

ผลการศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นสอดคล้องกับสมมติฐานตามที่ตั้งไว้ที่ว่าพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ดังนั้นจากผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีผลทำให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น

### อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา มีผลการศึกษาที่สำคัญและอภิปรายได้ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

##### 1. ผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) มีอายุอยู่ในช่วง 50-59ปี (ร้อยละ 40) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ประถมศึกษา (คิดเป็นร้อยละ55) และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (คิดเป็นร้อยละ 40) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ40) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ 10 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ65) รายได้ของครอบครัวเพียงพอ (ร้อยละ60)

จากผลการศึกษาดังกล่าวอภิปรายได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหญิง พบมากที่สุดในช่วง อายุ 50-59 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัลลภ พรเรืองวงศ์ (2552) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงและมีอายุมากกว่า 30 ปี กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในชั้น ประถมศึกษาและไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fox & Kan (1996) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับต่ำ และไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ สถานภาพสมรสคู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) พบว่า

ครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่เกิดอาการกำเริบบ่อยๆ พบว่ามีการใช้ยารมณต์ต่อกันสูง และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ส่วนใหญ่พบว่ามากกว่า 10 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มาโนช หล่อตระกูล (2541) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้น ราย ได้ของครอบครัวมีความเพียงพอ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้จากสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรผู้ป่วยจึงมีรายได้เพียงพอ

## 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 65) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (คิดเป็นร้อยละ 30) ระดับการศึกษาอยู่ในขั้นมัธยมศึกษา (คิดเป็นร้อยละ 30) มีการประกอบอาชีพรับจ้าง (คิดเป็นร้อยละ 50) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60) เป็นบุตรของผู้ป่วย โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 2-5 ปี และมากกว่า 10 ปี เท่ากันคือ ร้อยละ 30

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิกร อุปเสน (2541) เกี่ยวกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากสภาพสังคมไทยยอมรับและกำหนดบทบาท ของผู้หญิงเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย อายุของผู้ดูแลส่วนใหญ่ 31-40 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 31-60 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่บารุงและส่งเสริมผู้อื่น จากผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในขั้นมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรสคู่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นบุตรของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของสังคมไทยมีความคาดหวังว่าบุตรต้องมีหน้าที่ในการดูแลบิดามารดา (Rungreangkulkij & Chesla, 2001) ระยะเวลาในการดูแลอยู่ใน ช่วง 2-5 ปี และมากกว่า 10 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง นานกว่า 2 ปี จะมีผลให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแล เรียนรู้ถึงธรรมชาติของโรค

### ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2.1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยรวม ( $\bar{X}$  = 61.30) ดีขึ้นกว่า

ก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ( $\bar{X} = 50.45$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = -14.57$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจาก กิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาครอบครัว ที่ใช้ในการศึกษานี้ สามารถแก้ไขสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ โดยปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท การขาดทักษะในการจัดการกับอาการ รวมทั้งการขาดการสนับสนุนระดับครอบครัวทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม อีกทั้งสัมพันธ์ภาพที่ด้อยระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพก็เป็นปัจจัย สำคัญอย่างมาก ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hammond & Deans (1995) ซึ่งพบว่าการส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การยอมรับในพฤติกรรมและปัญหาของผู้ป่วย สามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับการรักษาและมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (Joining) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family Education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) โดยเฉพาะทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งการพัฒนาความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยทางจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น และมีพฤติกรรมการใช้ยาได้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น (Ran, Xiang & Chan, 2003; Pitschel-Walz, Bauml, Bender et al., 2006)

นอกจากนี้กิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น เช่น ในกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เป็นการ

ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมมารับประทานยา ตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น ส่วนในกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา การตระหนักในความสำคัญของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เนื่องจากความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือก ที่จะจัดการ กับอาการ ที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม นอกจากนี้การตระหนักในความสำคัญของผลกระทบที่เกิดจากความรุนแรงของโรคจิตเภท และ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาอีกด้วย

2.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา โดยรวมและเป็นรายข้อก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อ ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = -9.16$ ) โดยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ด้านนี้ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม ( $\bar{X} = 31.15$  และ 26.20 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาความแตกต่างเป็นรายข้อพบว่าทุกข้อมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีคะแนนสูงขึ้นหลังการใช้โปรแกรมเช่นกัน โดยเฉพาะในข้อการรับประทานยาตรงตามเวลาพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานยาตรงตามเวลา ดีขึ้นอย่างเห็น ได้ชัด และมีการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยในทางที่ดีขึ้นมากกว่าข้ออื่นๆ ( $\bar{X} = 3.55$ ) สูง กว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ( $\bar{X} = 2.85$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้เนื่องจากการสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family Education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) โดยเฉพาะทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการพัฒนาความรู้และการฝึกทักษะจนเกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น และมีพฤติกรรมการใช้ยาได้ถูกต้องตามเกณฑ์การ

รักษามากขึ้น (Ran, Xiang & Chan, 2003; Pitschel-Walz, Bauml, Bender et al., 2006) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรวุฒิ เฟิงเกร็ด (2550) ที่พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดีขึ้นกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

2.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยรวมเป็นรายช้อก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = -12.41$ ) โดยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ด้านนี้ภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรม ( $\bar{X} = 30.15$  และ 24.25 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาความ แตกต่างเป็นรายช้อพบว่าส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นในหัวช้อเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากรักษาอาการทางจิตท่านรับประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้ ทั้งนี้เนื่องจากการสอบถาม ผู้ป่วยบอกว่า บางครั้งจะลืมรับประทานยาแก้แพ้ตามแผนการรักษาเนื่องจากกลัวว่าจะได้รับยามากเกินไปทำให้เกิดอาการ ง่วงนอนทำงานไม่ไหว อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทำให้ไม่มีเวลาในการดูแล ผู้ป่วย เท่าที่ควรจึงไม่ได้สังเกตอาการแพ้ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและประกอบกับผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่มี ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับยาแก้แพ้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัฒน์ สุขสว่าง (2548) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ฐานะยากจนและมีระดับ การศึกษาน้อย

โดยสรุป จากผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกลุ่ม ตัวอย่างมีพฤติกรรมการ ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการศึกษา โดยเฉพาะด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ เนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและมีแรงจูงใจในการเรียนรู้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ที่พบว่าสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิก ในครอบครัว เป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมและความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

และแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่พบว่าการพัฒนาความรู้ความเข้าใจของครอบครัว (family education) เกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ทำผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (อุมพร กาญจนรักษ์, 2545)

นอกจากนี้ยังพบว่าการพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา (Problem solving skills) การตระหนักในความสำคัญของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำมีส่วนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ran et al. (2003) ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและ ทำให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง อีกทั้งการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่ประสิทธิภาพมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียดทำให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen & Will (1985) (อ้างใน ทีปประพิณ สุขเขียว , 2543) ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญกับความเครียดอันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและการใช้ยาทางจิต นอกจากนี้ยังพบว่าการพัฒนาทักษะการสื่อสารและทัศนคติของครอบครัวมีส่วนทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจกันและมีวิธีการสื่อสารที่ดีต่อกันมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Brandt & Weinert, 1985) ที่พบว่าการพัฒนาทักษะการสื่อสารและ ทัศนคติที่ดีของครอบครัว ความรู้สึกไม่ถูกแยกออกจากครอบครัวที่อยู่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

#### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่พบว่า การใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น ผู้ศึกษาจึงขอเสนอแนะดังนี้

## 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำเอาแนวทางการให้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน เนื่องจากเป็นลักษณะของการให้ความรู้ ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวนับเป็นบริบทที่มีความสำคัญที่สุด ในการที่จะให้ความช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดี

## 2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้รูปแบบการวิจัยทดลองหรือกึ่งทดลองซึ่งมีทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เพื่อให้สามารถอ้างอิงผลการศึกษาไปยังกลุ่มประชากรได้อย่างมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาติดตามการใช้โปรแกรมเป็นระยะๆ เช่น ติดตามผลระยะยาว ทุก 1, 3 และ 6 เดือน เพื่อความคงอยู่ของพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา

2.3 ควรมีการศึกษาผลของการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่กำลังได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ก่อนออกสู่ชุมชน ควรให้ครอบครัวมีความสามารถจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ดียิ่งขึ้น