

บทที่ 5

สรุปผลโครงการ อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

โครงการศึกษาอิสระครั้งนี้ เป็นการศึกษการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งเป็น การศึกษาชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการ ดูแลตนเอง ที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

สมมติฐานการศึกษา

พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี หลังได้รับการดูแลตาม โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม สนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มี ภูมิลำเนาในเขต อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังรายเก่าที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติคือ

1.1 ได้รับการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน

1.2 ไม่จำกัดการศึกษา สามารถสื่อสารเข้าใจ

1.3 ระยะของโรคอยู่ในอาการสงบ สามารถควบคุมและดูแลตนเองได้

1.4 เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

1.5 ให้ความร่วมมือทั้งการเยี่ยมบ้านและการโทรศัพท์ติดตาม

2. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่องและ ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา จำนวน 20 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะทำการประเมินผล การศึกษาจากผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มี ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน โดยได้ปรับปรุงมาจากคือ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านของนารถดี วัชรศิษย์ (2550) และความรู้เรื่องแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตตะ (2541) ร่วมกับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของทิพวรรณ น่วมทอง (2547) โปรแกรมการให้ความรู้และ ประคับประคองที่บ้านของพัชรา ชันลา (2548) แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) มี วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในเขตอำเภอ ชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ที่ผ่านการ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความ เหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละ กิจกรรม มีกิจกรรมในโปรแกรมทั้งสิ้น 6 กิจกรรมกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษา ด้วยยาทางจิต กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยผู้ศึกษาได้เพิ่มเติมในกิจกรรมที่ 6 การติดตามทาง โทรศัพท์ และมีการทดลองใช้กับครอบครัวที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครอบครัว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้สถานะภาพ ผู้ให้การดูแล ผู้รับผิดชอบการรักษาพยาบาล ระยะการเจ็บป่วย และการ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งใช้แบบ สัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของพัชรา ชันลา (2548) ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ยาทางจิต 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อ คำถาม 24 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ มีการคำนวณค่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .83 และมีค่าความเที่ยงในการ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เท่ากับ .86

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา

3.1 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นแบบทดสอบที่นำมาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตของ พัชนา ชันลา ประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 20 ข้อ มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรม ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 15 คะแนน หรือร้อยละ 75 (จันทรา ธีระสมบูรณ์ , 2542) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ความตรงของเนื้อหา(Content Validity Index : CVI)เท่ากับ .95 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน(Kuder Richardson) ได้ค่าเชื่อมั่นเท่ากับ .84

3.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแลหลัก เป็นแบบทดสอบที่นำมาจากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลของ พัชนา ชันลา ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 28 ข้อ มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรมผู้ดูแลต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 21 คะแนนหรือร้อยละ 75 (จันทรา ธีระสมบูรณ์, 2542) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่านความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .92 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าเชื่อมั่นเท่ากับ .83

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. ระยะเวลาเตรียมการศึกษา ผู้ศึกษาเตรียมและพัฒนาเครื่องมือ ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหา และนำไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ จากนั้นขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชะอำ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดระยะเวลาในการศึกษา แจ้งวัตถุประสงค์ในการศึกษา อธิบายขั้นตอนในการศึกษา เปิดโอกาสซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งนัดวัน เวลาในการทำกิจกรรม หากตกลงเข้าร่วมการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษา และทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน (Pre -test) ก่อนการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. ระยะดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก ตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน จำนวน 4 ครั้ง โดยการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นกลุ่มครอบครัว ครั้งที่ 1 ในวันที่ 28 มีนาคม 53 – 1 เมษายน 2553 ครั้งที่ 2 ในวันที่ 2 - 6 เมษายน 2553 ครั้งที่ 3 ในวันที่ 7 -11 เมษายน 2553 และครั้งที่ 4 ในวันที่ 12 -16 เมษายน 2553 หลังสิ้นสุดโปรแกรมมีการกำกับการศึกษาทันทีโดยใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท และ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแลหลัก

3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย (Pre-test) ก่อนทำกิจกรรมครั้งที่ 1 และหลังจากการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ศึกษาทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน (Post-test) ด้วยแบบประเมินชุดเดิม ในวันที่ 18-19 เมษายน 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษา ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทมาคำนวณ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละและหาค่าเฉลี่ย
2. คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท และคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองรวมทุกด้านและรายด้าน โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการศึกษา

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -26.215, -20.119, -16.123, -10.896$ และ -11.235 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่าผลการศึกษาคั้งนี้ตอบสนองมติฐานในการศึกษาคั้งนี้ คือพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีผลการศึกษาที่สำคัญและอภิปรายได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังการได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกรายด้าน พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองทุกด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ยาทางจิต ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและด้านการป้องกันการกลับซ้ำ สูง กว่าก่อนศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาไว้ดังนี้

เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตทั้งของผู้ป่วย กล่าวคือเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว คือ ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากขึ้น ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการพัฒนาส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้นแล้ว ปัญหาการกลับเป็นซ้ำย่อมลดลงได้ ทั้งนี้แนวคิดของ Orem (1991) ระบุว่าความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self care deficit) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self care demand) โดยปัญหาความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่มีอยู่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้ตอบสนองความต้องการที่มีอยู่ในขณะนั้นได้ จากศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในประเทศไทยหลายการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญอยู่ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเอง ด้านการใช้ยาและสารเสพติด 2) การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 3) การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) การดูแลตนเองด้านการกลับเป็นซ้ำ (รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ การป้องกันและการจัดการกับภาวะวิกฤติทางจิตเวช และการมีส่วนร่วมของชุมชน (รุจิรา จงสกุล, 2540) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ผู้ศึกษาได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการใช้

โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านจากการศึกษาของนารลฤติ วัชรศิษย์ (2550) ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์ผสมผสานแนวความคิดพยาบาลระบบสนับสนุนของ Orem (1991) ร่วมกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของ สุวิมล สมัตตะ (2541) โดยในโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้านที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหา ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) การสอนดำเนินเป็นรายกลุ่ม ครอบครัวยุค 3 ครอบครัว โดยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย และครอบครัว 3) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต 4) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 5) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มครอบครัวที่บ้านของผู้ป่วยใช้เวลากิจกรรมละ 40-60 นาที ติดต่อกันนาน 4 ครั้ง โดยเพิ่มกิจกรรมที่ 6) การติดตามทางโทรศัพท์ โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เกิดการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้และรู้จักตนเองในทางที่เป็นจริงมากขึ้น ตระหนักในความสามารถและศักยภาพของตนเองอย่างที่เป็นจริง ก็จะเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

2. การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการช่วยให้บุคคลได้เข้าใจว่าตนเองสามารถทำอะไรได้ด้วยตนเองได้บ้าง เพื่อป้องกันการเกิดการเจ็บป่วย หรือการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือการเผชิญกับภาวะวิกฤตต่าง ๆ ในชีวิต โดยเฉพาะปัญหาด้านความรู้สึกละแวมและอารมณ์ (พันธ์ศักดิ์ วราอัสวปติ, 2541) ผู้ศึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สำรวจปัญหา รวมทั้งพฤติกรรม แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิดและปรับความรู้สึกละแวม ผู้ศึกษาจะเป็นผู้ช่วยในการค้นหาทางเลือกที่สร้างสรรค์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตและปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข (สุวิมล สมัตตะ, 2541) ซึ่งถือเป็นการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

3. การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริงตลอดจนมีความรู้เรื่องการรับประทานยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยา การงดใช้สารเสพติด ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการใช้ยาทางจิตและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในส่วนของญาติ การให้ความรู้จะช่วยให้ญาติเข้าใจในตัวผู้ป่วย รวมทั้งมีความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ การมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วยและญาติ ยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยและการรักษาได้ (Kaplan & Sadock, 1995)

4. การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องเหมาะสมจะมีส่วนช่วยผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ อีกทั้งยังเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

5. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาการหรือความคิด ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแล อย่างใกล้ชิด และเร่งด่วน การช่วยเหลือและ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำนั้น จะเป็นการทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิม และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ศักยภาพของตนแก้ไขปัญหา ช่วยให้เผชิญปัญหาได้ โดยการสังเกตอาการเตือน การป้องกันการกำเริบของโรค และการช่วยเหลือในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวชได้ถูกต้อง หากผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวทางในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำแล้ว ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (นารถฤดี วัชรศิษย์, 2550)

6. การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมที่จัดในแต่ละครั้ง และให้การกระตุ้น การแนะนำ การเสริมแรง การตอบปัญหาข้อข้องใจและ เป็นที่ปรึกษาเป็นขวัญกำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว โดยผู้ศึกษาทำการติดตามทางโทรศัพท์ที่บ้านผู้ป่วยจิตเภทหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์นาน 15 นาที ซึ่งกิจกรรมนี้จะส่งผลต่อการลดภาระการดูแลของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทและช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นซึ่งการติดตามทางโทรศัพท์ถือเป็นกลวิธีหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและด้านอารมณ์โดยการพูดคุย แก้ไขปัญหาต่างๆ อย่างรวดเร็ว โดยใช้ระยะเวลาสั้นๆ ในการติดตามซักถาม สามารถช่วยเหลือผู้ดูแลได้ในแต่ละวัน หลังการติดตามเยี่ยมบ้าน (Shaul, 2000) อีกทั้งช่วยให้การทำงาน ง่ายขึ้น สะดวกขึ้น ถือเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอชะอำ ลดการสูญเสียเวลาเดินทาง ประกอบกับบางพื้นที่ของชะอำ เช่น ตำบลคอนขุนห้วย เป็นภูเขาการเดินทางไกลมาก การคมนาคมยังไม่สะดวก ดังนั้นการนำโทรศัพท์มาใช้ในการกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน แก้ไขปัญหาต่างๆ ให้สมาชิกในครอบครัวคงไว้ซึ่งความรู้ ความสามารถในการ ดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยได้สอดคล้องกับการศึกษาของ McIntosh & Worley (1994 อ้างใน รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) ได้ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ

แม้ผู้ป่วยจิตเวชจะเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ ความรับผิดชอบต่อตนเองมีการปรับตัวที่ล้มเหลว(สมสร เชื้อหิรัญ,2532 อ้างใน สุวิมล สมัตถะ,2541)แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจนสามารถควบคุมอาการหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติได้แล้วผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ ถ้าผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม ผู้ป่วยจะไม่เกิดในการดำเนินชีวิต แต่ส่วนใหญ่พบว่าภายหลังการบำบัดรักษาแล้วผู้ป่วยยังหลงเหลือพยาธิสภาพอยู่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความด้อยสมรรถภาพลง (สุวิมล สมัตถะ,2541) ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆ เช่น ด้านการใช้ยาทางจิต ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ(รัชณี ศรีหิรัญ,2544)และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีอิทธิพลต่อการกำเริบ และการกลับเป็นซ้ำอยู่ไม่น้อยดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545)

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านเป็นรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ยังมีความสามารถที่จะปฏิบัติ และเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ และเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ด้วยการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแล และกระทำการดูแลตนเองซึ่งในโปรแกรมนี้ผู้ป่วยจะได้รับวิธีการให้ความช่วยเหลือตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ตามแนวคิดของ Orem (1991) คือ การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม การสอน การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติการ และมีการประเมินย้อนกลับ มีเนื้อหาในการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย กลุ่มครอบครัว (Multiple family group) เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีประสบการณ์ หรือมีปัญหาอย่างเดียวกันมาแลกเปลี่ยนปัญหาของตนกับผู้อื่น (joining) มีการช่วยเหลือกันและยอมรับซึ่งกันและกัน (Accept) มีการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่สมาชิกในกลุ่มสนใจร่วมกัน เพื่อช่วยในการปรับตัวต่อปัญหาต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้สมาชิกมีทักษะการสื่อสารและทางสังคม สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สมาชิกจะเป็นผู้นำในการดำเนินการกลุ่มโดยมีพยาบาลเป็นผู้ตรวจสอบยืนยันและแก้ไขข้อมูลเพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการดำเนินกลุ่มรวมทั้งเสริมสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรระหว่างสมาชิกในกลุ่มสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) มาใช้ในพฤติกรรมดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างแท้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน สังคมได้อย่างปกติ

แม้ผู้ป่วยจิตเวชจะเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ ความรับผิดชอบต่อตนเองมีการปรับตัวที่ล้มเหลว(สมศรี เชื้อหิรัญ,2532 อ้างใน สุวิมล สมัตตะ,2541)แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจนสามารถควบคุมอาการหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติได้แล้วผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ ถ้าผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม ผู้ป่วยจะไม่เกิดในการดำเนินชีวิต แต่ส่วนใหญ่พบว่าภายหลังการบำบัดรักษาแล้วผู้ป่วยยังหลงเหลือพยาธิสภาพอยู่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความด้อยสมรรถภาพลง (สุวิมล สมัตตะ,2541) ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆ เช่น ด้านการใช้ยาทางจิต ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ(รัชณี ศรีหิรัญ,2544)และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีอิทธิพลต่อการกำเริบ และการกลับเป็นซ้ำอยู่ไม่น้อยดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545)

ดังนั้น สรุปได้ว่าการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน มีผลให้พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น จากผลการศึกษาทำให้ผู้ศึกษาในฐานะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะหากพยาบาลสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับในปัญหาที่เกิดขึ้น และความต้องการของตนเองได้นั้น ก็จะเกิดความคิด ความตั้งใจในการแก้ปัญหาของตนเองที่กำลังเผชิญอยู่ พยาบาลควรจัดให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ฝึกทักษะการปฏิบัติเพื่อให้ ได้ประสบการณ์ จนเกิดความรู้ มีความคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง เกิดทักษะในการดูแลตนเองด้านต่างๆ ผู้ป่วยก็จะไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม หากแต่เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าและมีคุณภาพในการทำประโยชน์ต่อสังคมต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 บุคลากรทางการพยาบาลที่จะนำโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านไปใช้ต้องมีการฝึกพัฒนาทักษะ ความเข้าใจ ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งมีความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นควรมีการทำ ความเข้าใจกับเนื้อหา และขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมนี้อ่อนนำไปใช้จริง ถ้าจะใช้โปรแกรมนี้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

1.2 บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านซึ่งมีกิจกรรมหลักๆที่สำคัญคือ การสร้างสัมพันธภาพ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและ

ผู้ดูแลหลัก การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การติดตามทางโทรศัพท์ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการทำกิจกรรมอื่นๆ ในโรงพยาบาล

1.3 บุคลากรทางด้านการพยาบาลสามารถนำกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้บ้านแก่ผู้ป่วยจิตเภทไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยสามารถปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม ได้ทั้งผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน เนื่องจากโปรแกรมจะช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

1.4 บุคลากรทางด้านการพยาบาลที่จะนำกิจกรรมในโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านไปประยุกต์ใช้อาจพบปัญหาต่างๆ เช่น กลุ่มตัวอย่างไม่อยู่ตามวันที่นัดไว้ กลุ่มตัวอย่างบางรายอ่านหนังสือไม่ออก ซึ่งได้มีการแก้ไข คือ โทรศัพท์นัด หรือ บอกวันเวลาล่วงหน้าให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับทราบ รวมทั้งประสานงานกับอสม.และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยก่อนออกดำเนินโครงการ นอกจากนี้ศึกษาข้อมูล พื้นที่ก่อนออกดำเนินโครงการ จะช่วยทำให้เกิดความสะดวกและประหยัดเวลา

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน เพราะระยะเวลาที่นาน อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองเปลี่ยนแปลงไป

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในเรื่องการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยจิตเวช โดยมีกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม และมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อให้ทราบผลของโปรแกรมที่มีต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และสามารถอ้างอิงผลที่พบไปยังประชากรที่ศึกษาได้