

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

บัวลอย แสนละมุล* , ปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อน และหลัง การได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว เป็นรูปแบบการศึกษาที่ทดลองกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 25 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบ วัดความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired-t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า ก่อน การทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 8.4 คะแนน หลังการทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 14.1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.7 คะแนนความรู้ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมีประสิทธิภาพดีในด้านการ เพิ่มระดับความรู้ของผู้ดูแล

คำสำคัญ : ความรู้ ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท

* โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู

** ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author : Bualoy Seanlamul . E-mail: bualoy33672@gmail.com

Effects of the Education Program for Caregivers of Patients with Schizophrenia

Bualoy Seanlamul , Pattapong Kessomboon***

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate the level of knowledge of schizophrenic patients before and after the psychiatric patient care by the family A model experimental study The schizophrenic patients were 25 cases showed that personal information And the measurement of care knowledge of schizophrenic patients, the statistics Paired-t-test Compare the difference before and after the psychiatric patient care by the family. The results showed that the experiment knowledge score average As 8.4 posttest scores points average knowledge as 14.1 points out 15 points The score of the knowledge after the post-test score as 5.7 knowledge before and after the treatment were significantly different (p -value < 0.001) concluded that the program a psychiatric patient care by family is effective in increasing the knowledge level of caregivers

Key Words : Knowledge, Caregiver, Schizophrenia

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก และเป็นโรคที่เจ็บป่วยมากที่สุดในบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด และยังพบว่าเมื่ออัตราการเกิดโรคประมาณ 1.4 – 1.6 : 1,000 คน ต่อปี¹ ได้กล่าวถึงลักษณะทั่วไปของโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้และลักษณะอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม

ในประเทศไทย พบผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยเป็นโรคจิตเภททั้งหมด 388,779 ราย² ซึ่งจะมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากภาวะกดดันทางสังคม หรือปัญหาจากครอบครัวแตกแยก ปัญหาจากการใช้สารเสพติด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่จะส่งผลให้เจ็บป่วยทางจิตใจตามมา และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันโดยในปี พ.ศ.2555 - 2556 มีผู้ป่วยมารับบริการ 410 ราย และ 429 โรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งอาการดีขึ้น อาการทางจิตสงบ ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านเพื่อรับประทานยาต่อเนื่อง ที่บ้าน และจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลต่อที่บ้านซึ่งบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ครอบครัว และญาติผู้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและผู้ดูแลผู้ป่วยจำเป็นอย่างยิ่งต้องมีความรู้ มี

ทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงจะทำให้อาการทางจิตไม่กำเริบ สามารถใช้ชีวิตประจำวันและอยู่ในชุมชน สังคมได้ตามปกติ

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญ จึงได้ทำการศึกษาเรื่องผลของการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเลือกผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วย เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระเบียบวิธีศึกษา (Methodology)

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคตามระบบขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ซึ่งเกณฑ์ในการคัดเลือกญาติผู้ดูแลตั้งนี้เป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 - 50 ปีของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท สามารถอ่านออกเขียนได้ พูดคุยสื่อสารได้ สมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อเนื่องทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมงรวมทั้งหมด 6 ครั้ง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบวัดความรู้ด้วยการทดลองกลุ่มเดียว ก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย และการเปรียบเทียบความรู้ ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยกำหนดค่าความแตกต่างของความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ให้มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 4 คะแนน ค่าความแปรปรวนของค่าคะแนนเฉลี่ยการให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย (SD) = 6.79 กำหนดค่าความเชื่อมั่นภายใต้การกระจายแบบปกติ (Z alpha) เท่ากับ 95% กำหนดค่าอำนาจของการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 90% กำหนดสมมติฐานการทดสอบเป็นแบบด้านเดียว ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 25 รายซึ่งเพียงพอต่อการศึกษาคั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เป็นแบบสัมภาษณ์ และแบบวัดความรู้เปรียบเทียบก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t – test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ผู้ศึกษาได้มีการระบุตัวบุคคลกับแบบสอบถามให้ตรงกัน และทำลายเอกสารเมื่อการศึกษาได้สิ้นสุดลง การวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามหนังสือรับรองเลขที่ HE 561354

สัปดาห์ 1 เป็นความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน มีกิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบระดับทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล โดยใช้วิธีการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยประเมิน ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของตนเอง กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์ กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบช่วงเวลาของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลก่อนเริ่มโปรแกรมฝึกทักษะ

โปรแกรมครั้งที่ 1 นี้จะเป็นการชี้แนะให้ผู้ดูแลยอมรับและเข้าใจบทบาทของตนเองมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการที่จะเรียนรู้แนวทางการดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ 2 เป็นความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่างๆ มีกิจกรรม คือ การสำรวจอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถ แยกแยะ

ความแตกต่างระหว่างคนปกติ และผู้ป่วยจิตเวชได้ โดยโปรแกรมครั้งนี้จะเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการและอาการแสดงต่างๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น

สัปดาห์ 3 ความรู้เกี่ยวกับยา รวมทั้งการรักษาอื่นๆ ที่ใช้การรักษาโรคทางจิตเวช มีการให้ความรู้ข้อมูลของกระบวนการรักษา และร่วมอภิปราย ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยารวมทั้งการรักษาอื่นๆ ด้วย รวมทั้งการให้คู่มือยาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยซึ่งในคู่มือจะกล่าวถึงลักษณะยา การออกฤทธิ์ อาการข้างเคียง และข้อควรพึงระวัง

สัปดาห์ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ร่วมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน

สัปดาห์ 5 เป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลทราบอาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบ และผู้ดูแลสามารถดูแลจัดการเกี่ยวกับอาการที่เกิดจากภาวะของโรค และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งป้องกันตนเองได้รวดเร็ว ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีแหล่งช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่เกิดจากภาวะของโรค โดยใช้วิธีการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการอธิบายในการกระทำต่างๆ

สัปดาห์ 6 เป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วย

สามารถบริหารยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นได้

วิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา อธิบายคุณลักษณะทางประชากรประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มใช้สถิติ paired-t - test

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษา ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 25 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 43.40 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.70 ปี บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากที่สุด คือ แม่ ร้อยละ 36.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ประถมศึกษา ร้อยละ 92.00 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 72.00 สถานภาพสมรส (คู่) ร้อยละ 92.00 มีฐานของรายได้ เท่ากับ 3,000 บาท (รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท สูงสุด 15,000 บาท) มีฐานของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เท่ากับ 4 ปี (ระยะเวลาในการดูแลต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 10 ปี) ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 8 ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.5 ปี และ

ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเข้ารับการอบรม ทั้งหมด 6 ครั้ง ร้อยละ 100.0 (ตารางที่ 1)

2. จำนวนและร้อยละจำแนกตาม ความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลัง การทดลอง

ก่อนการทดลอง คำถามที่ตอบถูก มากที่สุด ได้แก่ ข้อ 7 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมี อาการทางจิตกำเริบ, ข้อ 15 เมื่อผู้ป่วยอาการ ดีขึ้นแล้วจำเป็นหรือไม่ที่ต้องไปตรวจตาม แพทย์นัด, ข้อ 5 ผู้ป่วยเมื่อรักษาอาการทาง จิตสงบแล้ว จะมีโอกาสอาการกำเริบอีก หรือไม่ และข้อ 12 ท่านดูแลเรื่องการ รับประทานยาผู้ป่วยอย่างไร ร้อยละ 84.00, 72.00, 68.00 และ 68.00 ตามลำดับ และ คำถามที่ตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 1 โรคจิต เภทเป็นโรคในกลุ่มโรคใด, ข้อ 2 สาเหตุของ การเกิดโรคจิตเภท และข้อ 10 ผู้ป่วยมี พฤติกรรม พุดเสียงดัง อารมณ์หงุดหงิด ท่าน จะมีวิธีการอย่างไร ร้อยละ 60.00, 56.00 และ 56.00ตามลำดับ

หลังการทดลอง คำถามที่ตอบถูก มากที่สุด ได้แก่ ข้อ 1 โรคจิตเภทเป็นโรคใน กลุ่มโรคใด, ข้อ 13เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง ของยาเกิดขึ้น เช่น มีอาการคลื่นไส้ ตัวแข็ง ท่านทำอย่างไร, ข้อ 14 เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น แล้ว ต้องดูแลเรื่องการรับประทานยาต่อ หรือไม่ และข้อ 15 เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว

จำเป็นหรือไม่ที่ต้องไปตรวจตาม แพทย์นัด ร้อยละ 100.00 (ตารางที่ 2)

3. จำนวน และร้อยละจำแนกตาม ระดับคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลัง การทดลองก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คะแนนเฉลี่ย 8.4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.0 และระดับคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วย จิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.00 หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คะแนนเฉลี่ย 14.1 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน เท่ากับ 0.4 และระดับคะแนน ความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 (ตารางที่ 3)

4. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการ ทดลอง

คะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วย จิตเภท คะแนนเต็ม 15 คะแนน พบว่า ก่อน การทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 8.40 คะแนน หลังการทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 14.10 คะแนน โดยคะแนนความรู้ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.70 คะแนนความรู้ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และ 95% ช่วงเชื่อมั่น อยู่ระหว่าง 5.30 ถึง 6.10 (ตารางที่ 4)

วิจารณ์ (Discussion)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านแล้วมีความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน³ สามารถเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้ ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 1 แล้วผู้ดูแลมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ภายในกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภทและทราบถึงว่าจะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างไร ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านครั้งที่ 2 พบว่าผู้ดูแลได้มีความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคซึ่งผู้ดูแลสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นรู้ว่าอาการแบบไหนที่ปกติหรืออาการกำเริบ ครั้งที่ 3 การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ผู้ดูแลได้รับความรู้เรื่องของการรักษาร่วมกัน อภิปรายแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มซึ่งกันและกัน ซึ่งโรคจิตเภท การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต มีความสำคัญ และเป็นหัวใจหลักของการรักษา เพราะนอกจากเพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดอาการกำเริบซ้ำของโรคได้⁴ การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ครั้งที่ 4 เรื่องทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต ประจำวันร่วมกัน โดยผู้ดูแล ที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ทดลองนำ

ทักษะการเตือนไปใช้ โดยใช้จากเตือนแบบให้คำแนะนำและใช้เหตุผล จะเป็นการสร้างบรรยากาศที่ดีในครอบครัว ไม่เกิดการโต้เถียงหรือขัดแย้งกัน ดีกว่าการใช้การเตือนแบบการดูหรือพูดเสียงดังๆ หรือการใช้อารมณ์ ครั้งที่ 5 เป็นทักษะเกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค เพื่อผู้ดูแลจะได้ทราบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการแบบนี้ เราควรใช้ทักษะด้านใด มีการนำไปทดลองใช้และเห็นความสำคัญมากที่สุดโดยเฉพาะทักษะการประเมินสังเกตอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบกลับเป็นซ้ำ และทราบถึงการจัดการเกี่ยวกับอาการที่เกิดจากภาวะของโรค ซึ่งจะส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี และสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ได้ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถ และเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านครั้งสุดท้ายเป็นการบริหารเรื่องยา ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องสำคัญอีกอย่างที่มีผลต่อการดำเนินของโรคจิตเภทซึ่งจะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญในการบริหารเรื่องยาได้ดีขึ้น มีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ในกรณีที่จะจัดยาให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอไม่ลืมกินยา การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและให้ความร่วมมือในการรักษาได้ หากผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาจะเกิดผลต่อตัวผู้ป่วย

และครอบครัวตามมาการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านส่งผลให้ความรู้ของผู้ดูแลสูงขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรมทันที

ข้อยุติ (Conclusions)

ผลของการศึกษาผลการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล พบว่า ความรู้ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันในประเด็นของการมีความรู้ในระดับสูงขึ้น

วิจัยครั้งนี้อาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยอาจได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ เช่น จากหนังสือ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้พยายามลดความคลาดเคลื่อนให้น้อยลงด้วยวิธีการให้คำแนะนำผู้เข้าร่วมศึกษาอย่างเคร่งครัด ในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านว่าในการรับความรู้

ช่วงเข้าร่วมโปรแกรมนี้อยากให้ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างเดียวก่อนเพื่อเราจะได้ประเมินความรู้ของผู้เข้าร่วมศึกษาได้แท้จริงว่าในเรื่องอะไรที่ผู้เข้าร่วมศึกษา ยังบกพร่องอยู่บ้างจะได้เพิ่มเติมและทบทวนซ้ำได้ และในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่านั้น ฉะนั้นควรนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัวไปประยุกต์ใช้ในโรคจิตเวชกลุ่มอื่น เช่น โรคซึมเศร้า และควรมีการติดตามผลของการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อเป็นการวางแผนในการจัดโปรแกรมฯ ซ้ำอีกครั้ง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=25)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	10	40.00
- หญิง	15	60.00
2. อายุ (ปี)		
- น้อยกว่า 30 ปี	2	8.00
- 31-50 ปี	23	92.00
ค่าเฉลี่ย (\bar{x}); ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (sd)	43.4 ; 6.7	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด)	46.0 (25.0 ; 50.0)	
3. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย		
- พ่อ	7	28.00
- แม่	9	36.00
- พี่ชาย	1	4.00
- พี่สาว	3	12.00
- สามี	2	8.00
- ภรรยา	1	4.00
- บุตร	2	8.00
4. ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	23	92.00
- มัธยมศึกษา	2	8.00
5. อาชีพ		
- รับจ้าง	4	16.00
- แม่บ้าน	2	8.00
- ค้าขาย	1	4.00
- เกษตรกรรม	18	72.00
6. สถานภาพสมรส		
- โสด	1	4.00
- คู่	23	92.00
- หย่า/ร้าง	1	4.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=25) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
- น้อยกว่า 5,000 บาท	19	76.00
- 5,001-10,000 บาท	3	12.00
- มากกว่า 10,000 บาท	3	12.00
ค่าเฉลี่ย (\bar{x}); ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (sd)	4,680.0; 4,028.0	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด)	3,000.0 (1,000.0; 15,000.0)	
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี)		
- < 5 ปี	13	52.00
- ≥ 5 ปี	12	48.00
ค่าเฉลี่ย (\bar{x}); ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (sd)	4.4; 2.3	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด)	4.0 (1.0; 10.0)	
9. จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ครั้ง/ปี)		
- น้อยกว่า 5 ครั้ง/ปี	5	20.00
- 5-10 ครั้ง/ปี	16	64.00
- มากกว่า 10 ครั้ง/ปี	4	16.00
ค่าเฉลี่ย (\bar{x}); ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (sd)	8.0; 2.5	12.00
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด)	8.0 (4.0; 13.0)	
10. จำนวนครั้งที่ผู้ดูแลเข้ารับการอบรม (ครั้ง)		
- 6 ครั้ง	25	100.00

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (รายข้อ) (n=25)

คำถาม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	ตอบถูก	ตอบผิด	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. โรคจิตเภทเป็นโรคในกลุ่มโรคใด	10(40.00)	15(60.00)	25(100.0)	0(0.00)
2. สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท	11(44.00)	14(56.00)	22(88.00)	3(12.00)
3. ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติด้านใดมากที่สุด	12(48.00)	13(52.00)	23(92.00)	2(8.00)
4. เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบจะแสดงอาการอย่างไร	12(48.00)	13(52.00)	22(88.00)	3(12.00)
5. ผู้ป่วยเมื่อรักษาอาการทางจิตสงบแล้วจะมีโอกาสอาการกำเริบอีกหรือไม่	17(68.00)	8(32.00)	22(88.00)	3(12.00)
6. ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว อาละวาดทำลายของและทำร้ายร่างกายผู้อื่นท่านจะอย่างไร	13(52.00)	12(48.00)	23(92.00)	2(8.00)
7. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ	21(84.00)	4(16.00)	24(96.00)	1(4.00)
8. ผู้ป่วยไม่ดูแลเรื่องสุขอนามัยของตนเองและไม่ช่วยงานอะไรเลย ท่านจะอย่างไร	13(52.00)	12(48.00)	22(88.00)	3(12.00)
9. เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สนใจตนเองในชีวิตประจำวันท่านจะอย่างไร	12(48.00)	13(52.00)	23(92.00)	2(8.00)
10. ผู้ป่วยมีพฤติกรรม พูดเสียงดัง อารมณ์หงุดหงิด ท่านจะมีวิธีการอย่างไร	11(44.00)	14(56.00)	23(92.00)	2(8.00)
11. เมื่อผู้ป่วยตามถึงสภาพปัจจุบันของตนเองท่านจะบอกผู้ป่วยอย่างไร	15(60.00)	10(40.00)	23(92.00)	2(8.00)
12. ท่านดูแลเรื่องการรับประทานยาผู้ป่วยอย่างไร	17(68.00)	8(32.00)	24(96.00)	1(4.00)
13. เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้นเช่น มีอาการคลื่นไส้ ตัวแข็ง ท่านทำอย่างไร	13(52.00)	12(48.00)	25(100.00)	0(0.00)
14. เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้วต้องดูแลเรื่องการรับประทานยาต่อหรือไม่	14(56.00)	11(44.00)	25(100.00)	0(0.00)
15. เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วจำเป็นหรือไม่ที่ต้องไปตรวจตามแพทย์นัด	18(72.00)	7(28.00)	25(100.00)	0(0.00)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n=25)

ระดับคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ก่อนการทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	หลังการทดลอง จำนวน (ร้อยละ)
- ระดับต่ำ (1-7 คะแนน)	5(20.00)	0(0.00)
- ระดับปานกลาง (8-12 คะแนน)	20(80.00)	0(0.00)
- ระดับสูง (13-15 คะแนน)	0(0.00)	25(100.00)
ค่าเฉลี่ย (\bar{x}); ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (sd)	8.4; 1.0	14.0; 0.4
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด; ค่าสูงสุด)	8.0(7.0; 11.0)	14.0(13.0; 15.0)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง (n=25)

คะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน (n)	ค่าเฉลี่ย $\mu_{\bar{d}}$	sd _d	t	p-value	95%CI ของ $\mu_{\bar{d}}$
ก่อนการทดลอง	25	8.40	5.70	1.00	<0.001	5.30 ถึง 6.10
หลังการทดลอง	25	14.10				

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

การศึกษาครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ อย่างสมบูรณ์ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.ดร. ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ อาจารย์ประจำ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตลอดจนบุคลากร กลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ผู้อนุเคราะห์ให้ข้อเสนอแนะทำให้งานวิจัย ครั้งนี้ ประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. นันทิกา ทวิชาชาติ. ระบาดวิทยาทาง สุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์. 2548.

2. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข. รายงานประจำปีกรม สุขภาพจิต.[ออนไลน์] 2555 [อ้างเมื่อ 1 ธันวาคม 2557]. จาก www.dmh.go.th/report/report/1.asp.
3. จีระพรรณ สุริยงค์. ผลของโปรแกรมการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อทักษะการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และ จิตเวช]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
4. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์; 2548.