

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลน่าน้อย จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 15 ราย เก็บข้อมูลในระหว่างเดือน กันยายน ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวในระยะ 1 เดือน

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 15 ราย มีอายุเฉลี่ย 49.5 ปี เพศชาย ร้อยละ 40.0 เพศหญิง ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 49.5 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.0 สถานภาพโสด ร้อยละ 20.0 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ร้อยละ 80.0 และ ร้อยละ 20.0 ตามลำดับ ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 80.0 มีอาชีพ ร้อยละ 20.0 ความพอเพียงของรายได้ ร้อยละ 60 และความไม่พอเพียงของรายได้ ร้อยละ 40.0 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 5-8 ปี ร้อยละ 60.0 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ และ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (n=15)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	40.0
หญิง	9	60.0
อายุ (ปี)		
20-40 ปี	3	20.0
41-65 ปี	12	80.0
(range = 38-65 ปี, \bar{X} = 49.5 , SD =12.35)		
ศาสนา		
พุทธ	15	100.0
สถานภาพสมรส		
โสด	3	20.0
คู่	12	80.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	12	80.0
มัธยมศึกษา	3	20.0
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	80.0
อาชีพเกษตรกร	3	20.0
ความพอเพียงของรายได้		
พอเพียง	9	60.0
ไม่พอเพียง	6	40.0
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท		
1 - 4 ปี	3	20.0
5 - 8 ปี	9	60.0
9 - 12 ปี	3	20.0
(range = 3-10 ปี, \bar{X} = 8.92 , SD = 4.80)		

จากการศึกษาพบว่าจำนวนร้อยละของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นเพศชายร้อยละ 60.0 เพศหญิงร้อยละ 40.0 มีอายุระหว่าง 35-66 ปี มีบทบาทเป็นสมาชิกครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 60.0 อาชีพก่อนและหลังป่วย เกษตรกรรม ร้อยละ 60.0 และ 53.33 ตามลำดับ รายได้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพียงพอ ร้อยละ 33.34 ไม่เพียงพอ ร้อยละ 66.66 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 1-4 ปี ร้อยละ 20.0 5-8 ปี ร้อยละ 60.0 9-12 ปี ร้อยละ 20.0 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนร้อยละของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ บทบาทในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อาชีพก่อนป่วย อาชีพหลังป่วย รายได้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ($n = 15$)

ลักษณะผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท		
ชาย	9	60.0
หญิง	6	40.0
อายุของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท		
20 - 40 ปี	2	13.33
41 - 65 ปี	12	80.0
66 - 70 ปี	1	6.67
(range = 35-66 ปี, $\bar{X} = 8.92$, $SD = 4.80$, mode = 3 ปี)		
บทบาทในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท		
หัวหน้าครอบครัว	6	40.0
สมาชิกครอบครัว	9	60.0
อาชีพก่อนป่วย		
เกษตรกรรม	9	60.0
ไม่ได้ทำงาน	6	40.0
อาชีพหลังป่วย		
เกษตรกรรม	8	53.33
ไม่ได้ทำงาน	7	46.67



ตารางที่ 2 (ต่อ)

จำนวนร้อยละของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ บทบาทในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อาชีพก่อนป่วย อาชีพหลังป่วย รายได้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ($n = 15$)

ลักษณะผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท		
เพียงพอ	5	33.34
ไม่เพียงพอ	10	66.66
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย		
1 – 4 ปี	3	20.0
5 – 8 ปี	9	60.0
9 – 12 ปี	3	20.0
(range = 3-10 ปี, $\bar{X} = 8.92$, $SD = 4.80$)		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว 1 เดือน

ตารางที่ 3

คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวจําแนกตามรายข้อคำถาม (n = 15)

ข้อคำถาม*	คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแล (n = 15)		t
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
1	3.06	1.86	7.495**
2	2.86	2.40	
3	3.53	1.73	
4	2.86	1.66	
5	3.13	2.40	
6	2.73	1.93	
7	3.33	1.93	
8	3.00	2.06	
9	3.00	2.33	
10	3.53	2.06	
11	2.93	2.33	
12	3.13	1.80	
13	3.40	2.13	
14	2.73	2.13	
15	2.66	2.40	
16	2.80	1.93	
17	2.26	2.20	
18	2.66	2.26	
19	3.33	2.13	
20	2.46	2.46	
21	2.40	2.40	
22	3.13	2.46	

* รายละเอียดข้อคำถาม ดูได้จากภาคผนวก ก

** P<0.001

ข้อมูลเกี่ยวกับผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเท่ากับ 65 อยู่ในระดับความเครียดปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเท่ากับ 47.06 อยู่ในระดับความเครียดเล็กน้อย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว 1 เดือน ($n = 15$)

ครั้งที่ในการวัด	\bar{X}	SD	ระดับ
ก่อนเข้าโปรแกรม	65	6.32	ปานกลาง
หลังจบโปรแกรม 1 เดือน	47.06	2.63	เล็กน้อย

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระหว่างการวัดทั้ง 2 ครั้ง พบว่า ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ($n = 15$)

ผลต่างรายคู่ของความเครียด	mean difference	SD	P-value*
ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 2	17.93	6.46	.000

**P < .001

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 15 ราย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

(Quasi-Experimental Research Design) แบบมีกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว จำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 2 ชั่วโมง ผู้ศึกษาได้นำผลการศึกษามาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานของการศึกษาดังนี้

สมมุติฐานการศึกษา ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว มีความเครียดในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว 1 เดือน

จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวและหลังจบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (รายละเอียดดังตารางที่ 4) ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว 1 เดือน มีความเครียดในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว

จากการที่ผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ซึ่งจากการดำเนินการตามกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมด 6 ครั้ง เนื้อหาของโปรแกรมครอบคลุมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทั้ง 3 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) ทักษะการดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ 2) ทักษะการดูแลที่เกิดจากภาวะโรค และ 3) ทักษะการดูแลด้านการบริหารยา ตลอดจนทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 3 ด้าน ซึ่งเนื้อหาของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับยาและการรักษาอื่นๆที่ใช้รักษาโรคจิตเวช ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่ไม่พึงประสงค์ และทักษะเกี่ยวกับการบริหารยา ซึ่งทักษะดังกล่าวเป็นปัจจัยหนึ่งของแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลในการประเมินสถานการณ์ การเพิ่มทักษะจึงเป็นการเพิ่มแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์ ดังนั้นการที่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับ โปรแกรมฯ จึงเป็นการเพิ่มแหล่งประโยชน์ให้แก่ผู้ดูแลในการจัดการกับสถานการณ์การดูแล ซึ่งผู้ดูแลจะประเมินแหล่งประโยชน์ว่ามีเพียงพอ สามารถจัดการกับสถานการณ์การดูแลได้ จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่า ไม่ก่อให้เกิดความเครียด ดังนั้น ความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ทั้งนี้สามารถอธิบายรายละเอียดกลไกการเกิดในแต่ละครั้งดังนี้

ในการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ ครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ดูแลทราบถึงบทบาทของตนเองในฐานะผู้ดูแล และเมื่อผู้ดูแลยอมรับในบทบาทของตนเองแล้วก็จะส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการที่จะเรียนรู้แนวทางการดูแลในครั้งต่อไป กิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการและอาการแสดงต่างๆ ซึ่ง เน้นความรู้เรื่องโรค อาการและอาการแสดง และผู้ดูแลสามารถแยกได้ระหว่างคนปกติและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและเข้าใจอาการเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและให้การดูแลตามแนวทางที่ปฏิบัติต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามขั้นตอนที่ชัดเจนยิ่งขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 นี้เน้นความรู้เรื่องโรคและกระบวนการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จึงมีส่วนที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้องซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาทักษะให้กับผู้ดูแล ซึ่งสามารถอธิบายขั้นตอนการพัฒนาทักษะของ เดรฟัส และ เดรฟัส (Dreyfus & Dreyfus, อ้างใน Tungpunkom, 2000) ได้ว่าหากผู้ดูแลที่ได้รับบทบาทใหม่ ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องแล้ว สามารถพัฒนาทักษะตามขั้นตอนต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง (Tungpunkom, 2000) และกิจกรรมในโปรแกรมฯ ครั้งที่ 3 ผู้ดูแลได้เรียนรู้และเข้าใจในกระบวนการรักษาด้วยยาทางจิตเวช จากการอภิปรายในกลุ่ม จากคู่มือยาสำหรับผู้ดูแล ซึ่งการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตนั้นถือได้ว่าเป็นหัวใจที่สำคัญในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของราชาไลและยาห์ยา (Razali & Yahya, 1995) ที่ศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า การที่ผู้ดูแลได้รับการปรึกษาเรื่องยาและช่วยดูแลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับประทานยา ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับยาต่อเนื่อง ถูกต้อง ครบถ้วน ซึ่งในกิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลด้านการบริหารยาได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

กิจกรรมในโปรแกรมฯ ครั้งที่ 4 – 6 ผู้ดูแลได้เรียนรู้ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งได้แก่ ทักษะการไต่ถามเกื้อย ทักษะการเตือน ทักษะการแนะนำ ทักษะการถูกจัดการ การถูกประท้วง/การถูกรังเกียจ ทักษะการทำกิจกรรมแทน ทักษะการสอนกำกับ ทักษะการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ทักษะการต่อรอง ทักษะการประเมินสังเกตอาการ ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการบอกสิ่งที่เป็นจริง ทักษะการถอยห่าง ทักษะการขอความช่วยเหลือ ทักษะการจัดการเรื่องยา ซึ่งทักษะดังกล่าวที่ผู้ดูแลได้รับในกิจกรรมครั้งที่ 4-6 นี้ เป็นไปตามความต้องการของผู้ดูแลเอง ดังการศึกษาของยูวาลี ขาปาง (2549) ที่ศึกษาเรื่องความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง พบว่าผู้ดูแลต้องการฝึกทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับมาก ดังนั้นการที่ผู้ดูแลได้รับในสิ่งที่ตรงกับความต้องการของตนเองทำให้ผู้ดูแลเกิดความสนใจ และให้ความร่วมมือโดยเข้าร่วมกิจกรรมจบครบโปรแกรมจำนวน 6 ครั้ง และหลังจากนั้นพบว่าผู้ดูแลได้นำทักษะที่ได้รับ ซึ่งได้นำไปผสมผสานกับประสบการณ์ที่ผู้ดูแลเคยดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและไปปรับใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่



ตนเองดูแลที่บ้าน ซึ่ง กัทธาภรณ์ พุ่งปันคำ และคณะ (2548) ได้อธิบายเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะของ
เดรฟัส และ เดรฟัส (Dreyfus & Dreyfus, อ้างใน Tungpunkom, 2000) 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นเริ่มต้น
ผู้ดูแลที่รับบทบาทผู้ดูแลใหม่ จะทำกิจกรรมการดูแลแบบลองผิดลองถูกแต่หากผู้ดูแลได้รับความรู้
เรื่องโรค การรักษา และการดูแลที่ถูกต้อง ผู้ดูแลจะปฏิบัติตามข้อแนะนำ หรือตามกฎระเบียบทุก
ขั้นตอน โดยไม่คำนึงถึงบริบทที่รอบข้าง ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียด ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการดูแล
และการเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแลในขั้นนี้ จึงมีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาทักษะ
อย่างถูกต้อง ต่อมา ผู้ดูแลเริ่มที่จะเรียนรู้ จากการเข้าร่วม โปรแกรมฯ ผู้ดูแลจะนำความรู้ที่ได้มา
ผสมผสานกับประสบการณ์ตรงของตนเอง ผู้ดูแลมีความสามารถ ผู้ดูแลเริ่มกระทำกิจกรรมนั้นด้วย
ใจ และความรู้สึก เริ่มมีการประยุกต์วิธีการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทของตนเอง แต่มีจุดมุ่งหมาย
เหมือนเดิม หากมีเหตุการณ์ใหม่ๆเกิดขึ้น ผู้ดูแลจะตัดสินใจแก้ปัญหาบนพื้นฐานประสบการณ์ที่
ตนเองได้สั่งสมไว้เป็นหลัก ขั้นชำนาญ ผู้ดูแลเริ่มใช้สัญชาตญาณในการทำกิจกรรม การกระทำจะ
เป็นอัตโนมัติเริ่มมองเห็นจุดสำคัญของสิ่งที่ประเด็นหลักๆ และไม่สนใจต่อสิ่งเล็กน้อย และ ขั้น
เชี่ยวชาญ ผู้ดูแลเริ่มมองว่าการดูแล และความยุ่งยากที่เกิดขึ้น ไม่ใช่ปัญหาแต่มองว่าเป็นสิ่งปกติที่
เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และแสวงหาแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างสมดุลไปพร้อมกับสิ่งที่
เกิดขึ้น ผู้ดูแลจะกระทำตามประสบการณ์ที่ตนเองสั่งสมมา ดังจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยของ
ความเครียดรายข้อที่ลดลง เช่นข้อที่ 1) สมาชิกอายุและรังเกียจผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ข้อที่ 3) อนาคต
ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหากท่านเสียชีวิตไป ข้อที่ 4) ผู้อื่นไม่เข้าใจพฤติกรรมของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท
7) การแสวงหาความรู้ หรือแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ข้อที่ 10) การจัด
สิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ข้อที่ 13) การที่ไม่สามารถคาดเดาพฤติกรรมหรืออาการของผู้ที่เป็น
โรคจิตเภท และข้อที่ 19) การสื่อสารเพื่อประคับประคองจิตใจของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท (รายละเอียด
ดังตารางที่ 3)

หลังจากที่ผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ตั้งแต่ครั้งที่ 1 จน
ครบ 6 ครั้งแล้วนั้นพบว่าผู้ดูแลมีความตั้งใจและยอมรับในบทบาทผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท จึง
ส่งผลให้ผู้ดูแลที่เข้าร่วม โปรแกรมได้นำความรู้ไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทที่บ้าน
และใช้ระยะเวลาที่นานมากขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลนำความรู้ที่ได้รับมาผสมผสานกับประสบการณ์ที่
ตนเองเคยให้การดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทและได้นำไปประยุกต์ใช้ให้ตรงกับบริบทของตนเอง อีกทั้ง
เนื้อหาของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว มีความสอดคล้องกับความต้องการของ
ผู้ดูแลอย่างแท้จริง และในกิจกรรมทั้ง 6 ครั้งนี้ ผู้ดูแลได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มโดย
ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภทและทราบ
วิธีการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมากยิ่งขึ้น และเมื่อผู้ดูแลได้นำความรู้และทักษะการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิต

เกณฑ์ตามกิจกรรมในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัวไปใช้จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดการ พัฒนาทักษะ ซึ่งการพัฒนาทักษะดังกล่าวเป็นไปตามแนวคิดของ เดเรฟัส และ เดเรฟัส (Dreyfus & Dreyfus, อ้างใน Tungpunkom, 2000) 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นเริ่มต้น ผู้ดูแลที่รับบทบาทผู้ดูแลใหม่ จะ ทำกิจกรรมการดูแลแบบลองผิดลองถูกแต่หากผู้ดูแลได้รับความรู้เรื่องโรค การรักษา และการดูแล ที่ถูกต้อง ผู้ดูแลจะปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือตามกฎระเบียบทุกขั้นตอนโดยไม่คำนึงถึงบริบทสิ่ง รอบข้าง ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียด ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการดูแลและการเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแลใน ขั้นนี้ จึงมีส่วนความสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาทักษะอย่างถูกต้อง ต่อมา ผู้ดูแลเริ่มที่จะ เรียนรู้ จากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลจะนำความรู้ที่ได้มาผสมผสานกับประสบการณ์ตรงของ ตนเอง ผู้ดูแลมีความสามารถ ผู้ดูแลเริ่มกระทำการกิจกรรมนั้นด้วยใจ และความรู้สึก เริ่มมีการประยุกต์ วิธีการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทของตนเอง แต่มีจุดมุ่งหมายเหมือนเดิม หากมีเหตุการณ์ใหม่ๆ เกิดขึ้น ผู้ดูแลจะตัดสินใจแก้ปัญหาบนพื้นฐานประสบการณ์ที่ตนเองได้สั่งสมไว้เป็นหลัก ขึ้น ขำนาญ ผู้ดูแลเริ่มใช้สัญชาตญาณในการทำกิจกรรม การกระทำจะเป็นอัตโนมัติเริ่มมองเห็น จุดสำคัญของสิ่งที่เป็นประเด็นหลักๆ และไม่สนใจต่อสิ่งเล็กน้อย และ ขึ้นเชี่ยวชาญ ผู้ดูแลเริ่มมอง ว่าการดูแล และความยุ่งยากที่เกิดขึ้นไม่ใช่ปัญหาแต่มองว่าเป็นสิ่งปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และแสวงหาแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างสมดุลไปพร้อมกับสิ่งที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลจะกระทำตาม ประสบการณ์ที่ตนเองสั่งสมมา ในการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล ในครั้งนี้ผู้ดูแลได้รับความรู้และ ทักษะที่ถูกต้องและจำเป็นในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทที่ตรงกับความต้องการของผู้ดูแลมากที่สุด จากการได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลมีแหล่งประ โยชน์ส่วนตน ในการประเมินสถานการณ์การดูแล ทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่าไม่คุกคามไม่ ก่อให้เกิดอันตราย จึงประเมินว่าไม่ก่อให้เกิดเครียด และเมื่อมีการประเมินใหม่ ผู้ดูแลก็จะประเมินว่าไม่ เป็นความเครียด เนื่องจากแหล่งประโยชน์จากการได้รับ โปรแกรมดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัว ยังอยู่และความเครียดในการดูแลจึงลดลงแม้ว่าจะวัดหลังได้รับ โปรแกรมไปแล้ว 1 เดือนก็ตาม ซึ่ง จะเห็นได้จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทก่อน และหลัง จบโปรแกรม 1 เดือนพบว่า คะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัว ในระยะ 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 (ดังในตาราง 5)

ผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นไปแนวทางเดียวกับการศึกษา ของสุวารี คำปวนสาย (2550) เรื่อง ผล ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัวต่อการลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย จิตเวช โดยครอบครัวมีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัว

ในระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ นพคุณขจร และ จีรพรรณ สุริยงค์ (2550) เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อ ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย จิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดใน การดูแลของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในระยะ ติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ .001

จากการศึกษาพบว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นแหล่งประโยชน์ด้านบุคคลของผู้ดูแลในการจัดการสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลมีแหล่งประโยชน์เพียงพอ ในการจัดการสถานการณ์การดูแล ซึ่งผู้ดูแลสามารถจัดการสถานการณ์การดูแลนั้น ได้ผู้ดูแลก็จะ ประเมินสถานการณ์นั้นว่าไม่เครียด ส่งผลให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง