

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง จำนวน 10 ราย โดยให้ผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว และผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน 2554 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 2 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลและผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ใช้บริการ ซึ่งได้แก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ดังต่อไปนี้

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
- 1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
- 1.3 ข้อมูลผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
- 1.4 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนทักษะของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
- 1.5 ข้อมูลผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนทักษะของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ บุคลากรทีมสุขภาพ

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทีมสุขภาพ

2.2 ข้อมูลความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ใช้บริการ ซึ่งได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 19-40 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพ โสด การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาทั้งหมด ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ($n=10$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	8
หญิง	2
อายุ	
19-40 ปี	7
41-60 ปี	3
(range = 26-58 ปี, $\bar{x} = 37.5$, SD = 13.10, mode = 28 ปี)	
สถานภาพสมรส	
โสด	7
คู่	1
หย่า/ร้าง	2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ ($n=10$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	10
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2
รับจ้าง	2
เกษตรกรรวม	6

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย เป็นบิดา-มารดา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง มากที่สุด ระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 6-10 ปี มากที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำแนกตามความสัมพันธ์ของผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาระยะเวลาในการเจ็บป่วย ($n=10$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย	
สามี-ภรรยา	1
บิดา/มารดา	6
ญาติพี่น้อง	3
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล	
1-5 ครั้ง	8
6-10 ครั้ง	2
(range = 1-6 ครั้ง, $\bar{x} = 3.3$, SD = 1.49, mode = 3 ครั้ง)	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำแนกตามความสัมพันธ์ของผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ($n = 10$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้	
1-5 ปี	2
6-10 ปี	6
> 10 ปี	2
(range = 2-14 ปี, $\bar{x} = 8.60$, $SD = 3.47$, mode = 6 ปี)	

ส่วนที่ 1.2 ข้อมูลความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจากคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้อง
ตามเกณฑ์การรักษา ก่อนและหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อ
ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง
ผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของโรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง จำนวน 10 ราย พบว่า คะแนน
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดย
ครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีคะแนนพฤติกรรม
การใช้ยาที่ต้องระดับต่ำ ทั้งหมด จำนวน 10 ราย และหลังผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
โดยครอบครัว เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้งหมด โดยมี
ระดับคะแนนอยู่ในระดับสูงทั้งหมด 10 ราย รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ก่อนและหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ของผู้ดูแล จำแนกตามรายการ (n = 10)

รายการ	พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา			
	ก่อนการได้รับ	พฤติกรรม	หลังการได้รับ	พฤติกรรม
	โปรแกรม	การใช้ยาที่ถูกต้อง	โปรแกรม	การใช้ยาที่ถูกต้อง
	(คะแนน)	(ระดับ)	(คะแนน)	(ระดับ)
1	23	ต่ำ	49	สูง
2	23	ต่ำ	53	สูง
3	22	ต่ำ	51	สูง
4	20	ต่ำ	50	สูง
5	23	ต่ำ	49	สูง
6	23	ต่ำ	57	สูง
7	22	ต่ำ	52	สูง
8	23	ต่ำ	55	สูง
9	22	ต่ำ	51	สูง
10	23	ต่ำ	52	สูง

ส่วนที่ 1.3 ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ก่อนและหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของโรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง จำนวน 10 ราย พบว่า คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ ทั้งหมด จำนวน 10 ราย โดยคิดเป็นร้อยละ 100 และหลังผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวผู้ดูแลมีระดับคะแนนสูงขึ้นทั้งหมด จำนวน 10 ราย โดยมีระดับคะแนนสูงคิดเป็นร้อยละ 100 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังผู้ดูแลได้
โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่
เป็นโรคจิตเภท ($n = 10$)

ข้อมูล	คะแนนพฤติกรรมการใช้ยา ที่ถูกต้องตามเกณฑ์การ รักษา		พฤติกรรมการใช้ยา ที่ถูกต้องระดับต่ำ	พฤติกรรมการใช้ยา ที่ถูกต้องระดับสูง
	$\bar{x}$	SD	ราย (ร้อยละ)	ราย (ร้อยละ)
ก่อนได้รับโปรแกรม	22.40	0.96	10 (100)	0 (0)
หลังได้รับโปรแกรม	51.90	2.59	0 (0)	10 (100)

ส่วนที่ 1.4 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี มากที่สุด
มีความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยเกี่ยวข้องเป็นบิดา-มารดา มากที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำแนกตามเพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
($n = 10$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	6
หญิง	4
อายุ	
20-30 ปี	1
31-40 ปี	-
41-50 ปี	3
51-60 ปี	9
(range = 20-60 ปี, $\bar{x} = 49.50$, SD = 1.50, mode = 43ปี)	

ตารางที่ 5 (ต่อ)

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำแนกตามเพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
($n = 10$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	
สามี-ภรรยา	1
บิดา/มารดา	6
ญาติพี่น้อง	3

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร มีมากที่สุด มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนโดยเฉลี่ย 3,400 บาท รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ($n = 10$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	9
มัธยมศึกษา	1
อาชีพ	
รับจ้าง	2
เกษตรกร	6
ค้าขาย	2
สถานภาพสมรส	
คู่	7
หย่าร้าง/หม้าย	3

ตารางที่ 6 (ต่อ)

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำแนกตามรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ($n = 10$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)
รายได้ของครอบครัว เฉลี่ยต่อเดือน	
1,000-2,500 บาท	5
2,501-5,000 บาท	3
มากกว่า 5,000 บาท	2
(range = 1,500-7,000 บาท, $\bar{x} = 3,400$, SD = 1.23, mode = 3,000)	

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อยู่ระหว่าง 6-10 ปี มากที่สุด มีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 3 ครั้ง มากที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำแนกตาม ระยะเวลาในการดูแล จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ($n = 10$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	
1-5 ปี	2
6-10 ปี	6
> 10 ปี	2
(range = 2-14 ปี, $\bar{x} = 8.6$, SD = 0.40, mode = 4 ปี)	
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล	
1-5 ครั้ง	8
6-10 ครั้ง	2
(range = 1-6 ครั้ง, $\bar{x} = 3.2$, SD = 0.34, mode = 3 ครั้ง)	

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ใช้บริการ ซึ่งได้แก่ผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1.5 ข้อมูลคะแนนระดับทักษะของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

คะแนนระดับทักษะของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนการได้รับโปรแกรมมีระดับคะแนนต่ำทั้งหมด จำนวน 10 ราย หลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับทักษะในการดูแลสูงขึ้นทั้งหมด 10 ราย ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8

คะแนนระดับทักษะของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำแนกตามรายกรณี ($n = 10$)

รายที่	ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน			
	ก่อนได้รับ โปรแกรม (คะแนน)	ทักษะของการ ดูแล (ระดับ)	หลังได้รับ โปรแกรม (คะแนน)	ทักษะของการ ดูแล (ระดับ)
1	1.42	ต่ำ	2.48	สูง
2	1.24	ต่ำ	2.35	สูง
3	1.28	ต่ำ	2.38	สูง
4	1.45	ต่ำ	2.51	สูง
5	1.50	ต่ำ	2.50	สูง
6	1.60	ต่ำ	2.60	สูง
7	1.66	ต่ำ	2.84	สูง
8	1.52	ต่ำ	2.68	สูง
9	1.65	ต่ำ	2.74	สูง
10	1.44	ต่ำ	2.56	สูง

ส่วนที่ 1.6 ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนทักษะของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับ
โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว

ระดับคะแนนทักษะการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังการได้รับ
โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวพบว่า ระดับคะแนนก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับ
ต่ำทั้งหมด 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 หลังการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว
พบว่าระดับคะแนนทักษะอยู่ในระดับสูงทั้งหมด 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9

ผลการวิเคราะห์คะแนนระดับทักษะของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดย
ครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ($n = 10$)

ข้อมูล	ระดับคะแนนทักษะในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน		ระดับทักษะต่ำ ราย (ร้อยละ)	ระดับทักษะสูง ราย (ร้อยละ)
	$\bar{x}$	SD		
ก่อนได้รับโปรแกรม	1.47	0.14	10 (100)	0 (0)
หลังได้รับโปรแกรม	2.56	0.15	0 (0)	10 (100)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทีมสุขภาพ

ส่วนที่ 2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทีมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นพยาบาลวิชาชีพเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-35 ปี มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10

จำนวนและร้อยละของบุคลากรทีมสุขภาพจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน ($n = 5$)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน)
เพศ		
	หญิง	5
อายุ		
	31-35 ปี	3
	36-40 ปี	2
	(range= 31-40 ปี , $X = 34.8$,SD 1.64 mode = 34)	
ระดับการศึกษา		
	ปริญญาตรี	5
ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
	6-10 ปี	1
	> 10 ปี	4

ส่วนที่ 2.2 ข้อมูลความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ผลการศึกษาข้อมูลความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพต่อการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าทีมพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมทั้งหมดเห็นด้วย ร้อยละ 100 ต่อการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ตามแนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ ประเด็นในการแสดงความคิดเห็นใน 5 ระดับ ดังนี้ 1) การได้รับผลประโยชน์ของการนำโปรแกรมไปใช้ในการเพิ่มคุณค่าของงานบริการ (relation advantage) 2) สามารถนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมาผสมผสานเข้ากับความรู้เดิมที่มีอยู่ (comparability) 3) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมีความซับซ้อน (complexity) คือ ระดับความยาก-ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ 4) สามารถนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวไปทดลองใช้ (triability) 5) สามารถสังเกต (observability) ผลจากการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม รายละเอียดดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำแนกตามรายการที่ (n = 5)

ประเด็นในการแสดง ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น จำนวนที่เห็นด้วย ราย (ร้อยละ)
1. การได้รับผลประโยชน์ (relation advantage) ต่อการให้บริการ	5 (100)
2. สามารถนำมาผสมผสานเข้ากับความรู้เดิมที่มีอยู่ (comparability)	5 (100)
3. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมีความซับซ้อน (complexity) คือ ระดับความยาก-ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ	5 (100)
4. สามารถนำไปทดลองได้ (triability) สามารถสังเกต (observability) ผลจากการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	5 (100)
5. สามารถสังเกต (observability) ผลจากการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	5 (100)

การอภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (operational study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่หน่วยงานสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง จำนวน 10 ราย ผู้ศึกษาได้นำผลการศึกษามาอภิปรายผลตามคำถามการศึกษา เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับการรักษาในหน่วยงานสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง เป็นอย่างไร

จากผลการศึกษา พบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลังจากผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว พบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องอยู่ในระดับสูงทั้งหมด การที่คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับที่สูงขึ้นภายหลังที่ผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเนื่องจากผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น จะเห็นได้จากระดับคะแนนทักษะของผู้ดูแลจากระดับต่ำ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 มีระดับคะแนนเพิ่มขึ้นทั้งหมด 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 จากที่ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงขึ้น โดยเฉพาะทักษะในด้านการบริหารยา ทำให้สามารถดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพิ่มสูงขึ้นหลังจากที่ผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ในการส่งเสริมผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาและเพิ่มความถี่หรือสร้างพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องจะสูงขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับผลตอบแทนที่ติดตามมาจากการพัฒนาทักษะในการดูแลของผู้ดูแลให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น (พจนันท์ กาศสกุล, 2550) และจากการศึกษาของ ภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ และคณะ (2548) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พบว่าผู้ดูแลหลังการได้รับโปรแกรมแล้วทำให้มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นสามารถดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจึงทำให้ระดับคะแนนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจาก

การที่ผู้ดูแลให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพและสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้

2. ด้านความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพ โดยการสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่มารับบริการที่หน่วยงานสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง เป็นอย่างไร

จากผลของการประเมินความคิดเห็น พบว่า บุคลากรทีมสุขภาพมีความเห็นด้วยกับการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมาใช้ในหน่วยงาน จะเห็นได้จากการนำปัญหาที่ได้มาประชุมหารือร่วมกันและปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับความต้องการของทีมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในทักษะการดูแลโดยเฉพาะด้านการบริหารยาทำให้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความชัดเจนมากขึ้นและมีการนำโปรแกรมมาใช้โดยผสมผสานกับความรู้และประสบการณ์เดิมของบุคลากรทีมสุขภาพในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลตลอดจนนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ตนเองดูแลได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้แล้วบุคลากรทีมสุขภาพยังใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยให้ไปในทิศทางเดียวกันต่อไป

นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ใช้สมรรถนะของการพยาบาลสุขภาพและจิตเวชในแต่ละขั้นตอนการเผยแพร่นวัตกรรมตามแนวคิดของโรเจอร์ (Roger as cited in Burns & Grove, 2005) ดังต่อไปนี้

1) ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice) คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วย จิตเวชโดยครอบครัวที่พัฒนาขึ้นโดยภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ และคณะ (2548) มาใช้ในการฝึกทักษะของผู้ดูแลในการทำกิจกรรมกลุ่มทั้ง 6 กิจกรรม เป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีการประสานงาน การสื่อสาร และการประชุมอย่างเป็นทางการกับบุคลากรทีมสุขภาพ คือ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง โดยการนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคโดยการใช้สมรรถนะของผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) และได้ใช้สมรรถนะของการนำผลการวิจัยไปปรับใช้ในงานประจำ (research to routine) นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ให้การปฏิบัติการ โดยตรงกับกลุ่มเป้าหมาย (direct care) คือ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการ หรือมารับยาแทน ในหน่วยงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง ร่วมกับการใช้สมรรถนะด้านการพัฒนา การจัดการกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (care management) โดยการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ และปัญหา ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านทั้งนี้เพื่อประกอบในการตัดสินใจในการนำแนวทางไปปฏิบัติทางคลินิกต่อไป

2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรมเห็นคุณประโยชน์ของนวัตกรรมนั้นสามารถประเมินผลได้จากคุณลักษณะที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับนวัตกรรมนั้นได้แก่ 1) ผลประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม (relation advantage) 2) การผสมผสานกัน (compability) ได้ดีกับสิ่งที่มีอยู่เดิม 3) ความซับซ้อน (complexity) คือ ระดับของความเชื่อมั่นว่านวัตกรรมที่จะนำมาใช้นั้นมีทั้งความยากและง่ายต่อการเข้าใจ และการนำไปปฏิบัติ 4) การทดลองได้ (trialability) 5) การสังเกต (obserability) เห็นผลของการปฏิบัติได้เป็นรูปธรรมชัดเจน

3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น การศึกษาในขั้นตอนนี้ผู้ศึกษาได้ใช้สมรรถนะในการประสานงาน (collaboration) ในการประสานความร่วมมือในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ หน่วยงาน PCT และทีมการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้เกิดการยอมรับและตัดสินใจในการนำนวัตกรรมไปใช้เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในคลินิกการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อไป นอกจากนี้ได้มีการประสานงานกับผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ และการติดตามผล 2 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกมากยิ่งขึ้น

4) ระยะปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนนำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติ โดยผู้ศึกษาและบุคลากรทีมสุขภาพได้นำไปปฏิบัติในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง (direct care) โดยการใช้สมรรถนะการสอน กำกับ ติดตามประเมินผล (coaching guidance and empowering) และส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถนำทักษะการดูแลทั้ง 3 ด้านดังกล่าวไปดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านอย่างต่อเนื่องต่อไป

5) ระยะยืนยัน (confirmation stage) เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมและตัดสินใจที่ใช่ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น สมรรถนะด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation) ผู้ศึกษาได้กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลโดยประเมินผลลัพธ์ จาก 1) คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประเมินจากคะแนนระดับพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมซึ่งสอดคล้องกับคะแนนระดับทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเมื่อระดับคะแนนของผู้ดูแลสูงขึ้นสามารถที่จะให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทดีขึ้นตามไปด้วยส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงขึ้น

และ 2) ในส่วนของบุคลากรที่มีสุขภาพ มีการประเมินความคิดเห็นต่อการนำไปประกอบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว มาใช้ในการปฏิบัติงานตามคุณลักษณะของนวัตกรรมที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมนั้น



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved