

ความต้องการและการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาลของผู้ดูแลไทยมุสลิมในการดูแล
ผู้ป่วยโรคจิตที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา
**Thai Muslim Caregiver's Need and Received Needs from Nurses in Caring
for Psychiatric Patients in Songkhla Ratchanakarindra Psychiatric Hospital.**

ชนิดา เดชดี (Chanida Dachdec, R.N.)*

ABSTRACT

The objective of this descriptive research was to study Thai muslim caregiver's needs and received needs from nurses in caring for psychiatric patients. Eighty-three subjects were purposively selected from Songkhla Ratchanakarindra Psychiatric Hospital. A questionnaire of caregiver's needs and received needs from nurses was developed by integrating Bartol, Moon, and Linto (1994) s' caregiver need framework, and Ali Esa (1982)'s Islamic principles. The content validity was verified by three experts. The reliability of the needs and received needs from nurses in caring for psychiatric patients questionnaire was tested by Cronbach's alpha coefficient yielding values of 0.90 and 0.94 respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and paired t-test.

The results showed that overall needs of caregiver were at a high level ($X = 4.32$, S.D. = 0.42) and overall received needs from nurses was at a moderate high level ($\bar{X} = 3.56$, S.D. = 0.49). Considering each component, caregiver's

needs in five components were at a high level. The need of participation in planning for care had the highest mean score ($\bar{X} = 3.77$, S.D. = 0.60), caring with religious beliefs and culture had the lowest mean score ($\bar{X} = 3.03$, S.D. = 0.75). For received needs, the overall was at a moderate high level ($\bar{X} = 3.56$, SD = 0.49). Considering each component, the caregivers received needs from nurses in caring had the highest mean score ($\bar{X} = 3.77$, SD = 0.60), whereas received needs in caring for patients with religious beliefs and culture had the lowest men score ($\bar{X} = 3.03$, SD = 0.75). It was found that caregiver' needs is significantly higher than received needs from nurses he mean score of caregiver's needs was statistically significantly higher than that received needs from nurses ($p < 0.01$).

The results could be used to develop a model in caring for patients that is congruent with caregiver's needs.

Key Words: caregiver, psychiatric patients, need and received needs.

* Corresponding Author

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ Email. chaida_2554@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการและการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาลของผู้ดูแลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ที่มารับบริการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 83 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความต้องการและการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาลของผู้ดูแลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต พัฒนาจากความต้องการของผู้ดูแลของ บาร์โธลและคณะ (Bartol, Moon & Linto, 1994) และการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลามของ เซค อาลี อีซา (2539) มีค่าความเที่ยงของครอนบาค ของแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแล เท่ากับ 0.90 และความต้องการที่ได้รับจากพยาบาลเท่ากับ 0.94

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการของผู้ดูแลไทยมุสลิมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.42) เมื่อพิจารณาความต้องการรายด้านผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการอยู่ในระดับมาก 5 ด้านโดยด้านความต้องการฝึกทักษะในการดูแลมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.77$, S.D.= 0.60) ส่วนความต้องการด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.03$, S.D.= 0.75) ส่วนการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาลของผู้ดูแลไทยมุสลิมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.56$, S.D. = 0.49) เมื่อพิจารณาการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาลของผู้ดูแลไทยมุสลิมรายด้าน พบว่าผู้ดูแลได้รับการตอบสนองจากพยาบาลด้านการฝึกทักษะในการดูแลมี

ค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.77$, S.D.= 0.60) ได้รับการตอบสนองจากพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.03$, S.D.= 0.75) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการของผู้ดูแล และการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาล พบว่า ความต้องการของผู้ดูแลมากกว่าความต้องการที่ได้รับจากพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ผลการศึกษาคั้งนี้ ใช้เป็นข้อมูลแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตต่อไป

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเวชโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเป็นผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการหยั่งรู้ตนเองหรือสูญเสียการเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง ความสามารถในการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในการดำรงชีวิตลดลง ความรู้สึกนึกคิดหรือพฤติกรรมต่างๆ ไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง (อุซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2547) องค์การอนามัยโลก คาดว่าในปี พ.ศ.2563 จะมีผู้ป่วยทางจิตเวชเพิ่มขึ้นร้อยละ 11 ของการเจ็บป่วยทุกโรค รวมกัน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548) และจากสถิติ ผู้ป่วยจิตเวชนอกرایใหม่ที่มาเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีจำนวน 11,009 ราย 16,615 ราย และ 16,870 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยจิตเวชต่อวันที่มาเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีจำนวน 327 ราย 324 ราย และ 332 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงขนาดของปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังเป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาเพื่อวางแผนในการ

พัฒนาการดำเนินงานด้านการบริการในหลายมิติ เช่นเมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมรุนแรงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จะส่งผลให้ครอบครัวและรัฐบาลต้องรับภาระเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยหลายด้าน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจพิเศษ ค่ากิจกรรมกลุ่ม ค่าอาหาร และในบางรายทางโรงพยาบาลยังต้องจัดสรรเงินงบประมาณ เพื่อช่วยเหลือเป็นค่าเดินทางในการส่งตัวผู้ป่วยกลับบ้านอีกด้วย (นวิยา ภิรมย์, 2541) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่รุนแรงมากนัก จะได้รับการรักษาตามแผนการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยครอบครัว

บาร์โท, มูน และลินโต (Bartol, Moon & Linto, 1994) ได้ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยได้รวบรวมรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่ ค.ศ.1982-1992 สรุปได้ว่าครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความต้องการ 4 ด้าน ดังนี้ คือ 1) ด้านการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย 2) ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและอาการของผู้ป่วย 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยในการกำหนดแนวทางดูแลต่อที่บ้านและ 4) ด้านการสนับสนุนระดับประคอง พบว่าครอบครัวผู้ป่วยขาดแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่จะช่วยเหลือต่อปัญหาเหล่านี้และปัญหาอื่นๆ ก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว มากกว่าครึ่งให้ข้อมูลว่าบุคลากรไม่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงความเจ็บป่วยนั้น ยิ่งไปกว่านั้นผู้ดูแลยังไม่ได้รับการ

สนับสนุนด้านจิตใจ หรือคำแนะนำในการปฏิบัติอย่างเพียงพอ ส่วนรอลิน (Rowlin, 1991) พบว่าบุคลากรทางสุขภาพไม่ได้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเสมอไปทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย และพบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ เบื่อหน่าย วิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยด้วย (สุพิศ กุลชัย, 2550) รวมทั้งความรู้สึกไม่ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและส่งผลต่อการทอดทิ้งผู้ป่วยให้อยู่โรงพยาบาล ครอบครัวไม่ยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน และผู้ป่วยบางรายเมื่ออยู่กับครอบครัวก็ถูกปล่อยปละละเลย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่อการดูแลผู้ป่วย (บัวทอง สถาน, 2550) และการป่วยซ้ำของผู้ป่วยในที่สุด ซึ่งหากพยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ดูแลสอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้เหมาะสมยิ่งขึ้น (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านได้อย่างมั่นใจ

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างมีประชากรที่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 37 ของประชากรทั้งหมด จากสถิติผู้รับบริการที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชในปี 2551 ถึง 2553 อัตราการป่วยทางจิตที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ปี พ.ศ. 2551 ถึง 2553 มีจำนวน 80,024 ราย 77,665 ราย และ 81,353 ราย ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบผู้รับบริการที่นับถือศาสนาอิสลามพบจำนวน 20,032 ราย, 22,437 รายและ 23,556 ราย ตามลำดับ และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมุสลิมที่เข้ารับการรักษาเฉลี่ยรายวันจำนวน 134 ราย 142 ราย และ 156 ราย ซึ่งจากสถิติในการดูแลจะเห็นว่า

มีประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามมารับบริการมากขึ้นทุกปี การให้บริการพยาบาลต้องมีการดูแลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลผู้รับบริการ พยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางสังคม เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม ของผู้รับบริการ ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันออกไป (Leininger, 1995) เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยนั้น วัฒนธรรมก็เป็นตัวหนึ่งที่สามารถบ่งบอกถึงการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งในปัจจุบันการเดินทางและการติดต่อสื่อสารเป็นไปอย่างสะดวกและรวดเร็ว ทำให้สังคมมนุษย์มีการปรับเปลี่ยนจากสังคมที่มีวัฒนธรรมเดียวเป็นสังคมพหุวัฒนธรรม ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับลักษณะทางวัฒนธรรมหรือความต้องการของคนในเชื้อชาติต่างๆ เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (พิเชษฐ สุวรรณจินดา, 2549; สุวิทย์ บางไธย, 2551) ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักและพัฒนาศักยภาพในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยในบริบทพหุวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2540)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลไทยมุสลิม และการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาล มีการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น พัชรีย์ คำธิตา (2546) ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลแม่ทา พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับ ภัทราจิตต์ ศักดา (2546) ศึกษาความ

ต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารและการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน และชาญชัย สุภากุล (2552) ศึกษาความต้องการและความต้องการที่ได้รับจากพยาบาลตาม การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก ในขณะที่ วรทัย ศรีรัตน (2552) ศึกษา ความต้องการและความต้องการที่ได้รับจากพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการทางจิต พบว่าความต้องการโดยรวมอยู่ระดับปานกลางค่อนข้างมาก และ วรธยา พัวพันธ์ (2548) ศึกษา ความต้องการของผู้ดูแลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน: กรณีศึกษาผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าความต้องการโดยรวมอยู่ระดับมาก

การวิจัยที่กล่าวมาเจาะจงไปที่ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นชนิดหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตและเป็นการศึกษาในบริบทไทยพุทธ ในบริบทของ 7 จังหวัดภาคใต้ ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เฉลี่ยมีไทยมุสลิมอยู่ร้อยละ 37 และ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส มีชาวไทยมุสลิมอยู่ประมาณร้อยละ 85-95 ซึ่งไทยมุสลิมมีความเชื่อทางศาสนา ประเพณี ค่านิยมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของตนเอง จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความต้องการของผู้ดูแลไทยมุสลิมและการตอบสนองที่รับจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา

แนวทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่มารับบริการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความต้องการของผู้ดูแลไทยมุสลิม ระดับการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาล และเปรียบเทียบระดับความต้องการและระดับการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตของผู้ดูแลไทยมุสลิมที่มารับบริการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตตามการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ดูแลซึ่ง บาร์โธลและคณะ (Bartol, Moon & Linto, 1994) ได้ทำการรวบรวมผลการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชซึ่งสามารถสรุปความต้องการของผู้ดูแลได้ 4 ด้าน รวมกับแนวคิดทางศาสนาและวัฒนธรรมของคนไทยมุสลิม ที่ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม (เชค อาลี อีซา, 2537) อีก 1 ด้าน รวมความต้องการทั้งหมดที่ผู้วิจัยใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษามี 5 ด้านดังนี้ 1) ด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเป็นทักษะที่ใช้ในการจัดการกับผู้ป่วยในขณะที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่รุนแรงและเป็นอันตราย 2) ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับอาการของโรค สาเหตุ และวิธีการรักษา 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสุขภาพในการวางแผนช่วย

เหลือร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย 4) ด้านการสนับสนุนการประทับประคองจาก ครอบครัว สังคม และชุมชนในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย และ 5) ด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนา และวัฒนธรรม ในการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลาม

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ดูแลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ มีจำนวนทั้งสิ้น 392 คน ซึ่งกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตร Yamane (1973) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 83 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1. ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน เช่น พ่อแม่ พี่น้อง
2. สามารถพูด และฟังภาษาไทยได้
3. ได้พาผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ในแผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยนอกอย่างน้อย 1 ครั้ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. วิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณางานวิจัยด้านจริยธรรมของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
2. ทำหนังสือชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและการ

พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างว่ามีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ การยุติการให้ข้อมูลก็สามารถทำได้ คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดจะไม่มีเปิดเผยให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการศึกษานั้น ทั้งนี้แบบสอบถามจะมีการลงรหัสเพื่อประโยชน์ในการติดตามเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยได้พัฒนาจากกรอบแนวคิดของบาร์โธลและคณะ (Bartol, Moon & Linto, 1994) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม (เชค อาลี อีซา, 2537) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) เครื่องมือที่ใช้เป็นเครื่องมือการ โดยแบบสอบถามดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของภาษานำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงความต้องการของผู้ดูแล เท่ากับ 0.90 และความต้องการที่ได้รับจากพยาบาลเท่ากับ 0.94

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต ร้อยละ 65.1 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.0 มีอายุ 36-55 ปี โดยมี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.27 ปี (S.D. = 11.46) ร้อยละ 72.3 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 31.3 และ 26.5 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 42.2 และ 27.7 มีอาชีพเกษตรกรรมและค้าขายตามลำดับ ร้อยละ 62.7 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 34.9 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะพ่อแม่ รองลงมา ร้อยละ 38.6 เป็นพี่น้อง ร้อยละ 31.3 ร้อยละ 72.7 มีระยะดูแลผู้ป่วยนาน 2-5 ปี ร้อยละ 74.7 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหรือการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช โดยได้รับความรู้จากพยาบาลและแพทย์จำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 53 และร้อยละ 47 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.8 ไม่เคยได้รับการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลส่วนผู้ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านพบว่า ร้อยละ 50 ได้รับการเยี่ยมบ้านนานๆ ครั้ง (2-3 เดือนครั้ง) และ ร้อยละ 78.3 มีแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่ได้รับจากญาติร้อยละ 61.1 วิธีสนับสนุนนั้น ร้อยละ 73.5 มีการกระทำโดยการพูดคุยให้กำลังใจและให้คำปรึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่ในความดูแล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.7 เป็นเพศชาย เกินครึ่งหรือร้อยละ 67.5 มีอายุ 22-40 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 33.11 ปี (S.D.= 11.10) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 59.0 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 41.0 และ 34.9 ร้อยละ 33.7 ประกอบอาชีพทำสวน/ทำนา/ทำไร่ก่อนจะมีอาการป่วย

ทางจิต และร้อยละ 28.5 ทำสวน/ทำนา/ทำไร่ ร้อยละ 68.7 มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคจิตนาน 6 เดือน - 5 ปี ร้อยละ 39.8 ได้มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการของโรคจิตจำนวน 1 - 20 ครั้ง และร้อยละ 53.0 พบว่าเคยนอนพัก

รักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ร้อยละ 92.5 อาการอยู่ในระดับรุนแรงปานกลางถึงไม่รุนแรง ช่วยเหลือตัวเองและครอบครัวไม่ได้ถึงช่วยเหลือตัวเองและครอบครัวได้บางครั้ง และร้อยละ 62.6 มีอาการสำคัญ คือ พฤติกรรมรุนแรง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความต้องการ การตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาล และเปรียบเทียบความต้องการของผู้ดูแลและการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต

ลักษณะความต้องการ	ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย			การตอบสนองจากพยาบาล			t
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	
ความต้องการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย							
1. ต้องการฝึกวิธีควบคุมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้สงบลงโดยผู้ดูแลและผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย	4.40	0.74	มาก	3.82	0.75	มาก	5.39**
2. ต้องการฝึกการพูดคุยเมื่อผู้ป่วยพูดจารุนแรง	4.42	0.75	มาก	3.73	0.78	ปานกลาง ค่อนข้างมาก	6.04*
3. ต้องการรู้วิธีสังเกตอาการเริ่มต้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมรุนแรงหรือเป็นอันตราย	4.58	0.71	มาก	3.81	0.72	มาก	6.83*
4. ต้องการรู้วิธีการจัดการให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ครบถ้วนและต่อเนื่อง	4.58	0.56	มาก	3.77	0.80	มาก	7.22*
5. ต้องการรู้วิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยา	4.61	0.58	มาก	3.83	0.83	มาก	6.88*
6. วิธีพูดคุยให้ผู้ป่วยเชื่อฟังเมื่อผู้ป่วยดื้อหรือไม่ยอมปฏิบัติตาม	4.61	0.60	มาก	3.76	0.67	มาก	9.09
7. ฝึกควบคุมอารมณ์เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นสิ่งกระตุ้นอารมณ์ของผู้ป่วย	4.58	0.73	มาก	3.72	0.75	ปานกลาง ค่อนข้างมาก	8.94**

* p < .01, ** p < .05

ลักษณะความต้องการ	ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย			การตอบสนองจากพยาบาล			t
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	
ความต้องการด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร							
1. ต้องการรู้ความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็น	4.49	0.66	มาก	3.80	0.76	มาก	6.31*
2. ต้องการรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบจากการเจ็บป่วยของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่	4.51	0.68	มาก	3.77	0.73	มาก	7.34*
3. ต้องการรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาและผลของการรักษา	4.53	0.68	มาก	3.78	0.75	มาก	7.38*
4. ต้องการรู้ข้อมูลเกี่ยวกับยาและผลข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับ	4.46	0.77	มาก	3.75	0.82	ปานกลาง ค่อนข้าง	6.28*
5. ต้องการความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังเมื่อให้ยาแก่ผู้ป่วย	4.51	0.66	มาก	3.58	0.82	ปานกลาง ค่อนข้าง	8.37*
6. ต้องการความรู้เรื่องอาการนำก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงเพื่อจะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนมีอาการมากขึ้น	4.48	0.77	มาก	3.75	0.73	ปานกลาง ค่อนข้าง	6.60*
ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย							
1. ต้องการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	4.42	0.76	มาก	3.63	0.82	ปานกลาง ค่อนข้าง	7.012*
2. ต้องการให้พยาบาลสอบถามปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้จริง	4.33	0.73	มาก	3.72	0.63	ปานกลาง ค่อนข้าง	5.94
3. ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการกำหนดหรือปรับแผนการรักษาผู้ป่วย	4.18	0.95	มาก	3.55	0.76	ปานกลาง ค่อนข้าง	5.291*

* p < .01, ** p < .05

ลักษณะความต้องการ	ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย			การตอบสนองจากพยาบาล			t
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	
4. ต้องการให้มีการอธิบายเหตุผลของการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาตามความเหมาะสม	4.20	1.06	มาก	3.58	0.73	ปานกลาง ค่อนข้างมาก	4.98*
ความต้องการด้านสนับสนุน ประกันประกอบ	4.43	0.71	มาก	3.67	0.82	ปานกลาง ค่อนข้างมาก	6.55*
1. ต้องการให้พยาบาลสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจ เป็นแหล่งช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย							
2. ต้องการให้พยาบาลทำให้เพื่อนบ้านเข้าใจ ยอมรับ	4.36	0.79	มาก	3.55	0.85	ปานกลาง ค่อนข้างมาก	6.50*
3. ต้องการให้เข้าใจและเห็นใจในการดูแลผู้ป่วย	4.28	0.88	มาก	3.71	0.78	ปานกลาง ค่อนข้างมาก	4.96*
4. ต้องการให้ร่วมรับรู้ปัญหาข้อเท็จจริงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	4.37	0.65	มาก	3.59	0.78	ปานกลาง ค่อนข้างมาก	6.80*
5. ต้องการให้เป็นผู้ประสานงานติดต่อกับแหล่งช่วยเหลือที่จำเป็น	4.33	0.71	มาก	3.60	0.88	ปานกลาง ค่อนข้างมาก	5.94*
6. ต้องการให้สนับสนุนให้มีกลุ่มช่วยเหลือกันและกันของผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์	4.36	0.75	มาก	3.55	0.84	ปานกลาง ค่อนข้างมาก	6.56*
7. ต้องการให้มีพยาบาลตามเยี่ยมบ้าน	4.20	1.12	มาก	3.31	1.16	ปานกลาง ค่อนข้างมาก	6.65*
8. ท่านต้องการให้พยาบาลในชุมชนเป็นที่ปรึกษาของท่านในการดูแลผู้ป่วย	4.34	0.94	มาก	4.06	4.62	มาก	0.54**

* p < .01, ** p < .05

ลักษณะความต้องการ	ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย			การตอบสนองจากพยาบาล			t
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	
ต้องการด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม							
1. ต้องการให้ผู้ป่วยทำละหมาดวันละ 5 เวลาตามหลักปฏิบัติ	4.33	0.81	มาก	3.27	0.96	ปานกลาง ค่อนข้างมาก	7.89**
2. ต้องการให้ผู้ป่วยไปมัสยิดเพื่อทำละหมาดในวันศุกร์	4.19	1.06	มาก	3.11	1.05	ปานกลาง ค่อนข้างมาก	8.84**
3. ต้องการให้ผู้ป่วยถือศีลอด 1 เดือนตามหลักทางศาสนาในเดือนรอมดอน	3.93	1.25	มาก	3.01	1.13	ปานกลาง ปานกลาง ค่อนข้างมาก	6.46**
4. ต้องการยาฉีดชนิดควบคุมอาการได้ 1 เดือนแทนยารับประทานในเดือนถือศีลอด	3.83	1.36	มาก	3.04	1.09	ค่อนข้างมาก	5.29**
5. ต้องการปรับเวลารับประทานยาในเดือนรอมดอนเป็นหลักพระอาทิตย์ตกดินและก่อนพระอาทิตย์ขึ้น	3.90	1.15	มาก	3.01	1.03	ปานกลาง ค่อนข้างมาก	6.40**
6. ต้องการให้ผู้ป่วยอ่านคัมภีร์อัลกุรอานทุกวัน	3.72	1.17		2.78	1.03	ปานกลาง ค่อนข้างมาก	6.83**
7. ต้องการให้ผู้ป่วยปฏิบัติกรจ่ายทาน	3.75	1.03		3.00	0.95	ปานกลาง ค่อนข้างมาก	6.05*
8. ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามหลักความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน	3.98	1.09	มาก	3.08	1.06	ปานกลาง ค่อนข้างมาก	7.93**

* p < .01, ** p < .05

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความต้องการและระดับการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาล และเปรียบเทียบความต้องการของผู้ดูแลและความต้องการที่ได้รับจากพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช รายด้านและโดยรวม (N = 83)

ลักษณะความต้องการ	ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย			การตอบสนองจากพยาบาล			t
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	
1. ด้านการฝึกทักษะในการดูแล	4.54	0.49	มาก	3.77	0.60	มาก	9.49*
2. ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร	4.49	0.58	มาก	3.73	0.61	ปานกลาง ค่อนข้าง มาก	8.96*
3. ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแล	4.28	0.69	มาก	3.63	0.55	ปานกลาง ค่อนข้าง มาก	7.56*
4. ด้านการสนับสนุนประคับประคอง	4.33	0.62	มาก	3.63	0.87	ปานกลาง ค่อนข้าง มาก	6.25*
5. ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม	3.95	0.80	มาก	3.03	0.75	ปานกลาง ค่อนข้าง มาก	9.52*
โดยรวม	4.32	0.42	มาก	3.56	0.49	ปานกลาง ค่อนข้าง มาก	11.47*

* $p < .01$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลไทยมุสลิมและการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

1.1 ความต้องการของผู้ดูแลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความต้องการอยู่ในระดับมาก

($\bar{X} = 4.32$, S.D. = 0.42) (ตาราง 3) อภิปรายได้ว่า แม้ผู้ดูแลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32.5 และร้อยละ 31.3 ระบุว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงน้อยและไม่รุนแรง อาจทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ แต่ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่มักมีอาการไม่แน่นอน ผู้ดูแลจึงไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ล่วงหน้าได้ว่าจะมีอาการกำเริบขึ้นเมื่อใด ส่วนผู้ป่วยเองเมื่อมีอาการมักไม่ยอมรับการเจ็บป่วย มีผลต่อการไม่ร่วมมือในการรักษา ยังทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น

และสร้างความคิดค้นให้กับผู้ดูแลมาก (ทูลภา
บุปผาสังข์, 2545) ซึ่งจะพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่
ร้อยละ 39.8 เคยพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่
โรงพยาบาลด้วยอาการของโรคจิตจำนวน 1 - 20
ครั้งและร้อยละ 53.0 พบว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง
จนต้องเข้ารับการนอนรักษาในโรงพยาบาล

1.2 ความต้องการของผู้ดูแลไทย
มุสลิมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตรายด้านพบว่า
ผู้ดูแลมีความต้องการอยู่ในระดับมาก 5 ด้าน
ดังนี้

1) ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.49, S.D. = 0.58$) และเป็นความต้องการในระดับมาก อาจเป็นไปได้ว่าอาการโรคจิตมักเรื้อรัง และมีอาการรุนแรง เป็นพักๆ และมีอาการหลงเหลือทางลบมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการซึม ไม่สนใจตนเองและ สิ่งแวดล้อม ขาดต่อการควบคุม บางครั้งทำให้ ผู้ไม่สนใจในการดูแลตนเอง และอาการของ ผู้ป่วย การได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการของโรค วิธีการรักษา การวินิจฉัยโรค ยาที่ใช้ในการรักษา แผนการรักษาและการทำนาย โรค (Bartol, Moon & Linto, 1994) จึงเป็นความต้องการของผู้ดูแลที่ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการกับปัญหาของ ผู้ป่วยซึ่งลาซาลัสและ โพล์คแมน (Lasarus & Folkman, 1984) อธิบายว่าเมื่อบุคคลเครียดหรือ วิตกกังวล บุคคลจะแสวงหาข้อมูลข่าวสารที่จะ ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ ซึ่ง จากผลวิจัยครั้งนี้พบว่า ข้อมูลข่าวสารที่ผู้ดูแล ต้องการมากที่สุดคือ ผู้ดูแลมีความต้องการรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและผลของการ รักษาที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.53, S.D. = 0.68$) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 39.8 ได้มารับ

การรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการของโรคจิต จำนวน 1-2 ครั้ง จึงอาจแสดงถึงความวิตกกังวล ของผู้ดูแลว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตที่รุนแรง ตามมา ทำให้ผู้ดูแลต้องมีข้อมูลความรู้ในเรื่องนี้ เพื่อป้องกันปัญหาจากอาการของผู้ป่วยที่จะตาม มา ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจและปลอดภัยในการ ดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับหลายการศึกษา (พัชรี คำธิตา, 2546; ภัทราจิตต์ ตักดา, 2546; สุรภา ทองรินทร์, 2546; ยวลี ขาปาง, 2549) ซึ่งพบว่ามีความต้องการด้านความรู้และข้อมูลข่าวสารในระดับมากเช่นกัน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลการ ศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ดูแล ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 74.7 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหรือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตก็ตาม จึงอาจ เป็นไปได้ว่า ความรู้ที่ผู้ดูแล จำนวนมากได้รับนั้น อาจไม่สอดคล้องกับความจำเป็นหรือความ ต้องการของผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาที่ ผู้ดูแลประสบในการดูแลผู้ป่วยก็ได้

2) ด้านการมีส่วนร่วมในการ วางแผนการดูแล พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.28, S.D. = 0.69$) (ตาราง 3) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นเรื่อง ที่ระเอียดอ่อน เป็นนามธรรมไม่สามารถ ปฏิบัติ ได้ตรงไปตรงมาเช่นการดูแลผู้ป่วยฝ่ายกาย (บุญวดี เพชรรัตน์, 2539) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 41 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และ ร้อยละ 42.2 ผู้ดูแลมีอาชีพเกษตรกรกรรม (ตาราง 1) จึงอาจทำให้ผู้ดูแลไม่เข้าใจ ในการปฏิบัติของ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลต้องการ มีส่วนร่วมในการรับรู้และการปฏิบัติของพยาบาล ในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วย และการที่ผู้ดูแล ได้มีส่วนร่วมจะทำให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์และข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยกับทีม

สุขภาพ ซึ่งจะทำให้มีความรู้มีความเข้าใจเรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความสบายใจ เมื่อพิจารณารายชื่อที่พบว่าเรื่องที่ผู้ดูแลต้องการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ผู้ดูแลมีความต้องการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.42$, S.D.= 0.76)

3) ด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลต้องการอยู่ในระดับมาก อาจเป็นไปได้ว่า แม้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ถึงร้อยละ 74.7 เคยได้รับการดูแลเกี่ยวกับโรคจิต หรือร้อยละ 34.1 การดูแลผู้ป่วยโรคจิตมาตั้งแต่ 2 ปี- 5 ปีขึ้นไป แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ดูแลอีกกลุ่มร้อยละ 7.2 ดูแลผู้ป่วยมาเพียง 6 เดือน-2 ปี ซึ่งอาจมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยน้อยจึงทำให้ความต้องการด้านการฝึกทักษะอยู่ในระดับปานกลางมาก และเมื่อพิจารณาความต้องการรายชื่อ พบว่าต้องการฝึกทักษะเกี่ยวกับวิธีพูดคุยให้ผู้ป่วยเชื่อฟังเมื่อผู้ป่วยคือหรือไม่ยอมปฏิบัติตามและวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยา ($\bar{X} = 4.60$, S.D.= 0.60) ซึ่งให้เห็นว่าแม้ผู้ดูแลจะได้รับข้อมูลจากพยาบาลในเรื่องการเฝ้าระวังการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และผลข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วย แต่ผู้ดูแลยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยรับประทานยา จึงต้องการทราบเกี่ยวกับทักษะการดูแลจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชทุกรายต้องรับประทานยาและยาทุกตัวมีผลข้างเคียง เช่น มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ กระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง มือสั่น น้ำลายไหลออกมามาก เป็นต้น จึงทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกกังวลต่ออาการข้างเคียง

ที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้มีความต้องการในการฝึกทักษะค่อนข้างมาก ในขณะที่การศึกษาของ สุรภา ทองรินทร์ (2546) เรื่องความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับอยู่ในระดับมาก และ สุวรรณ อนนตรี (2552) ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลและความต้องการที่ได้รับจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการเกี่ยวกับการช่วยเหลือเบื้องต้นและวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีอาการข้างเคียงของยาอยู่ในระดับมาก

4) ความต้องการด้านการสนับสนุน ปรึกษา ปรึกษา พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก และเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4 ของความต้องการ ($\bar{X} = 4.34$, S.D.= 0.94) แม้จะพบว่าผู้ดูแลถึงร้อยละ 78.3 มีแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วย โดยร้อยละ 61.4 และ 45.8 ได้รับการสนับสนุน ปรึกษา ปรึกษาจากญาติและเพื่อนบ้านด้วยวิธีการพูดคุยให้กำลังใจ/ ให้คำปรึกษา และชวนพูดคุย เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาถึงร้อยละ 73.4 และ 61.0 แต่กลับพบว่า ผู้ดูแลยังต้องการการสนับสนุน ปรึกษา ปรึกษาจากพยาบาล และพบว่า พยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนในชุมชนเพียงร้อยละ 8.4 อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ดูแลได้ให้ความสำคัญต่อบทบาทของพยาบาลที่เป็นคุณลักษณะเฉพาะของวิชาชีพ ในบทบาทการรักษาพยาบาลบทบาทที่ปรึกษา บทบาทผู้ให้ความรู้หรือข้อมูล (นวิยาภิรมย์, 2541) ซึ่งข้อที่ผู้ดูแลมีความต้องการมากที่สุดคือ ให้พยาบาลสื่อสารให้สมาชิกในครอบครัว

ให้มีความรู้ความเข้าใจและเป็นแหล่งในการช่วยเหลือผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการอยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.43$, S.D.= 0.71)

5) ด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม พบว่า อยู่ในระดับมาก 6 ข้อ และปานกลางค่อนข้างมาก 2 ข้อ โดยมีข้อต้องการให้ผู้ป่วยทำละหมาดวันละ 5 ครั้งตามหลักปฏิบัติมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.81) ซึ่งในการละหมาด เป็นพิธีกรรมที่สำคัญที่สุด เป็นข้อปฏิบัติที่บังคับให้มุสลิมทุกคนต้องปฏิบัติทุกวันตลอดชีวิตเป็นการกราบไหว้วันมัสการพระผู้เป็นเจ้า เพื่อแสดงออกซึ่งความขอบคุณ และเคารพยำเกรงต่อพระผู้เป็นเจ้า และในมุสลิมยังมีความเชื่อว่าการป่วยทางจิตนอกจากรักษาด้วยยาแล้วยังต้องรักษาด้วย แนวทางศาสนาหรือความศรัทธา ความเชื่อ ทั้งนี้การรักษาด้วยศาสนานี้จะสามารถใช้ได้ดีสำหรับบรรดาผู้ศรัทธา (นุรุดดิน สารมิง, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารา การะเกษร (2545) เรื่อง ความรู้ การปฏิบัติและความต้องการความสนับสนุนการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวไทยมุสลิม โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ซึ่งส่วนหนึ่งของการศึกษาได้มีการสัมภาษณ์เกี่ยวกับด้านความเชื่อและการปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วยในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมพบว่าผู้ดูแลมีความเชื่อว่า หากเจ็บป่วยก็ต้องรักษาจนกว่าจะหายป่วย ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่ามุสลิมมีทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วยและจะให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลตนเองและข้อต้องการให้ผู้ป่วยอ่านคัมภีร์อัลกุรอานทุกวันมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = 1.17) ซึ่งอาจเป็นไปได้จากกฎ

บัญญัติของศาสนาอิสลามจำนวน 5 ข้อ ไม่มีข้อบรรทัดในเรื่องการอ่านอัลกุรอาน

2. การตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

การตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 35.6$, S.D.= 0.49) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ในปัจจุบันพยาบาลได้ให้ความสำคัญต่อผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้มีนโยบายเน้นบริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับมีการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ผู้บ้านและสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ, 2550) โดยให้ผู้ป่วยอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด และพยายามผลักดันให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการจัดการผู้ป่วยที่บ้านจึงทำให้พยาบาลได้ตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลมากขึ้น เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมากทั้งสิ้น ได้แก่ ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแล ด้านการสนับสนุนระดับประคอง และด้านความต้องการในการดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม ยกเว้นในด้านการฝึกทักษะในการดูแล

2.1) ด้านการฝึกทักษะในการดูแล พบว่า ข้อที่ผู้ดูแลรับรู้ที่ได้รับจากพยาบาลในระดับปานกลางค่อนข้างมาก ได้แก่ ในข้อการวิชีช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา ($\bar{X} = 3.83$, S.D.= 0.83) และการฝึกวิชีควบคุมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้สงบลงโดยผู้ดูแล และผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย ($\bar{X} = 3.82$, S.D.= 0.75) อยู่ในระดับมาก ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ด้านการ

ได้รับการฝึกทักษะในบางครั้งอาจต้องมีการปฏิบัติจริง และสาธิตเป็นแบบอย่างให้ดู เพราะการปฏิบัติกับผู้ป่วยแต่ละรายนั้น อาจมีความแตกต่างกันแล้วแต่ลักษณะของอาการ ความรุนแรง และบริบทของผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อ ผู้ดูแลได้รับการแนะนำจากพยาบาลในลักษณะนามธรรมเพียงอย่างเดียวจึงอาจทำให้ไม่เข้าใจและไม่สามารถนำความรู้ที่ได้รับนั้น ไปสู่การปฏิบัติจริงได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 74.4 มีความรู้เกี่ยวกับโรค หรือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แต่พบว่า มีผู้ดูแลกลุ่มหนึ่งร้อยละ 34.1 ที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเพียง 2 ปี - 3 ปี จึงทำให้อยู่ในระดับมาก หรืออาจเป็นไปได้ว่า ผู้ดูแลกลุ่มนี้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับจากพยาบาล ดังนั้นพยาบาลอาจจะต้องให้คำแนะนำที่ละเอียดและชัดเจน หรือเพิ่มการสาธิตและการฝึกปฏิบัติจริงเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้จริง

2.2) ด้านการสนับสนุนระดับประคองพบว่า ข้อที่ผู้ดูแลรับรู้ได้ว่า ได้รับจากพยาบาลระดับมากได้แก่ ให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงานติดต่อแก่แหล่งช่วยเหลือที่จำเป็น ($\bar{X} = 3.60$, S.D. = 0.88) ให้พยาบาลสนับสนุนให้มีกลุ่มช่วยเหลือกันและกันของผู้ดูแลเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ($\bar{X} = 3.55$, S.D. = 0.84) และให้พยาบาลทำให้เพื่อนบ้านเข้าใจ ยอมรับและไม่รังเกียจผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.31$, S.D. = 1.16) อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย สามารถอธิบายได้ว่าแม้ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยมีการเน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีการติดตามโดยบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อติดตามให้การรักษาพยาบาล ฟันฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีก (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2550) แต่ด้วยภาระงาน

ที่ค่อนข้างมาก อัตราส่วนของจำนวนผู้ป่วยและพยาบาลในชุมชนที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ผู้รับบริการที่มีมากเกินความสามารถในการดูแลของพยาบาลทำให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลได้ครบถ้วน และครอบคลุมตามความต้องการ (ทัศนีย์ ชุนพัฒนากุล, 2549) ส่วนในข้อให้มีพยาบาลตามเยี่ยมบ้าน ($\bar{X} = 3.31$, S.D. = 1.16) อยู่ในระดับน้อยเพียงข้อเดียว อธิบายได้จากการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 32.5 ผู้ดูแลรับรู้ว่าให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตไม่รุนแรง อาจเป็นไปได้ว่าการเยี่ยมบ้านพยาบาลได้มีการกำหนดประเภทของการเยี่ยม จัดลำดับความสำคัญของผู้รับบริการ เพื่อให้ปัญหาที่สำคัญได้รับการแก้ไขตามลำดับ และเยี่ยมในผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่งแล้ว แต่ยังคงต้องการความช่วยเหลืออยู่ (จลิ เจริญสรรพ, 2544)

2.3) ด้านการดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมพบว่าอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมากทั้ง 8 ข้อ และมีข้อต้องการให้ผู้ป่วยละหมาดวันละ 5 เวลาตามหลักปฏิบัติ มีค่าคะแนนมากที่สุด ($\bar{X} = 2.27$, S.D. = 0.96) และข้อต้องการให้ผู้ป่วยอ่านคัมภีร์อัลกุรอานทุกวัน มีค่าคะแนนน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.78$, S.D. = 1.03) สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าในการรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์ ซึ่งถ้าในการรักษาแบบผู้ป่วยในส่วนใหญ่จะไม่มีญาติเฝ้าดูแล ในการปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนา ผู้ดูแลอาจมีความเข้าใจในเรื่องของการปฏิบัติตามค่อนข้างยาก จึงมีต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยละหมาดวันละ 5 เวลาตามหลักปฏิบัติซึ่งสามารถทำได้ที่โรงพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของ นิบัติริยะ จิงา (2553) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลของ

พยาบาลต่อผู้ป่วยจิตเภทมุสลิมตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้พบว่าพยาบาลรับรู้ว่าคุณเองมีพฤติกรรมต่อผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและด้านคงไว้ซึ่งความเชื่อมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลจำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อให้เข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย และขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล พยาบาลได้พยายามดูแลโดยคำนึงถึงหลักความเชื่อของผู้ป่วยมุสลิม เช่น การจัดหาอาหารมุสลิม การส่งเสริมให้มีการทำละหมาด เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความเชื่อที่ได้

2.4) การตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาลด้านความรู้และข้อมูลข่าวสารการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาล โดยภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตของพยาบาลมีความตระหนักในความสำคัญของการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อการได้รับความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.80$, S.D. = 0.76) อาจเป็นเพราะพยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบถึงอาการ สาเหตุ ที่ทำให้เกิดโรค เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้และเห็นความสำคัญในการรักษาตลอดจนตระหนักในการดูแลผู้ป่วย และประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 39.8 ได้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการของโรคจิตจำนวน 1-2 ครั้ง ซึ่งอาจทำให้ญาติได้รับการให้ความรู้เรื่องของโรคจากพยาบาลมากยิ่งขึ้นและผู้ดูแลส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 74.7 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหรือการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ส่วนข้อการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งผู้ดูแลได้เฝ้าระวังเมื่อ

ให้ยาแก่ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.58$, S.D. = 0.82) ซึ่งอาจเป็นเพราะส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยจะประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพและมีบทบาทในการให้ความรู้เรื่องอาการข้างเคียงและการสังเกตอาการข้างเคียงของยาเป็นบทบาทของเภสัชกร ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณพยาบาลทำหน้าที่ในส่วนนี้น้อยกว่าข้ออื่น จึงทำให้รับรู้ว่าการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

2.5) การตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาลด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก ($\bar{X} = 3.66$, S.D. = 0.55) อธิบายได้ว่าการวางแผนการดูแลผู้ป่วย พยาบาลมักให้ความสำคัญในการเตรียมครอบครัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเพื่อวางแผนในการดูแลร่วมกันและเป็นการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าในข้อพยาบาลสอบถามปัญหาอุปสรรคของท่านในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้จริง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.72$, S.D. = 0.63) อาจเนื่องมาจากพยาบาลตระหนักถึงบทบาทของผู้ดูแลและเห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและเป็นการประเมินและให้ข้อมูลข่าวสารที่ผู้ดูแลต้องการเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน และการรับรู้ถึงปัญหาอุปสรรคของผู้ดูแลเพื่อช่วยในการเตรียมผู้ดูแลที่ดีเยี่ยมถือเป็นการเริ่มต้นของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2539) ส่วนข้อการได้รับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการกำหนดหรือปรับเปลี่ยนการรักษาผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.0 = 3.55$, S.D. = 0.76) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมากอยู่

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง

ความต้องการและการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต

ความแตกต่างระหว่างความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตของผู้ดูแลและการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต โดยรวม พบว่าความต้องการของผู้ดูแลมากกว่าการตอบสนองที่ได้รับจากพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และเมื่อพิจารณาความแตกต่างทางด้านความรู้และข้อมูลข่าวสารและด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการมากกว่าความต้องการที่ได้รับจากพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ในทุกข้อ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า แม้ผู้ดูแลร้อยละ 74.7 มีความรู้เกี่ยวกับโรคหรือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แต่เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลคือร้อยละ 31.3 พบว่าผู้ดูแลมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาลงไป ร่วมกับความรู้เรื่องโรคและอาการทางจิตเวชนั้นเป็นข้อมูลที่เข้าใจได้ยาก และอาการของผู้ป่วยโรคจิตมักมีอาการแปรปรวนไม่สามารถคาดเดาอาการได้ล่วงหน้า จึงอาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลอาจจะไม่เข้าใจหรืออาจต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อเจอปัญหาจากการดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณรู้และข้อมูลข่าวสารที่ได้จากพยาบาลนั้นยังไม่เพียงพอ ทำให้ยากต่อการนำความรู้นั้นไปปฏิบัติและนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยได้ยังไม่ค่อยดีเท่าที่ควร ทำให้รู้สึกถึงความไม่แน่นอนกับการดูแล จึงอาจต้องการให้พยาบาลมีการพูดคุยเกี่ยวกับแนวทางการดูแล ต้องการทราบเกี่ยวกับแผนการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงควรต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลบ่อยๆ หรือสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจข้อมูลดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น

ความต้องการด้านการฝึกทักษะในการ

ดูแลของผู้ดูแลมากกว่าความต้องการที่ได้รับจากพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เพียง 5 ใน 7 ข้อ เป็นที่น่าสังเกตว่าแม้ผู้ดูแลร้อยละ 32.5 ระบุว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยรุนแรงน้อย ร้อยละ 31.3 ระบุว่าไม่รุนแรง และร้อยละ 74.4 มีความรู้เกี่ยวกับโรคหรือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แต่ผู้ดูแลก็มีความต้องการในการฝึกทักษะ และความต้องการฝึกทักษะนั้นมีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ต้องช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง หรือประสบอยู่ในภาวะวิกฤติฉุกเฉินแทบทั้งสิ้น เช่น ช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยา พยายามให้ผู้ป่วยเชื่อฟังเมื่อผู้ป่วยคือหรือไม่ยอมปฏิบัติตามเมื่อผู้ดูแลบอก สังเกตอาการเริ่มต้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมรุนแรงหรือเป็นอันตราย พยายามเมื่อผู้ป่วยพูดจารุนแรงและควบคุมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้สงบลงโดยผู้ดูแลและผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย จึงอาจเป็นไปได้ว่า เพราะความไม่แน่นอนของอาการผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกกลัว เนื่องจากร้อยละ พบว่าผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยไปรับการรักษาด้วยอาการทางจิตเวชตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และความรุนแรงของอาการทางจิตที่พาไปโรงพยาบาลนั้น พบว่า ร้อยละ 34.9 ระบุว่ามีความรุนแรงทางคำพูด ผู้ป่วยมีอาการจนต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล จึงอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกกลัวว่าอาการดังกล่าวอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น จึงทำให้ต้องการได้รับจากพยาบาล

ส่วนด้านการสนับสนุนระดับประคอง พบว่า ความต้องการของผู้ดูแลมากกว่าความต้องการที่ได้รับจากพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) 7 ข้อ ใน 8 ข้อ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า แม้ว่าปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้มี

การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาใช้มากขึ้น โดยทีมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวชและผู้ช่วยเหลือทางสุขภาพจิต (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) แต่จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 92.8 ผู้ป่วยรับรู้ไม่เคยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเลย ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าถึงแม้ว่าร้อยละ 31.3 ผู้ดูแลได้รับรู้ว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยไม่รุนแรงแต่ก็ยังคงต้องการการสนับสนุนระดับประคองจากพยาบาล ถึงแม้ว่าร้อยละ 32.5 ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่มาจากญาติและเพื่อนบ้านอยู่แล้ว ร้อยละ 61.4 และ 45.8 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลมีความเครียดและวิตกกังวลในการดูแล รู้สึกไม่มั่นคงในจิตใจ เมื่อจะต้องเผชิญต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยที่ไม่สามารถคาดเดาล่วงหน้าได้ และเมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลสูง ซึ่งการลดความเครียดหรือความวิตกกังวลที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง คือ การมีข้อมูลข่าวสาร (Lasarus & Folkman, 1984) ซึ่งผู้ดูแลต้องการได้รับจากพยาบาล แม้ว่าจะได้รับจากญาติและผู้นำชุมชนอยู่แล้วก็ตาม

จะเห็นได้ว่าโรคจิตใช้เวลารักษาค่อนข้างเป็นระยะเวลานาน การที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลจะไม่เอื้อต่อการเกิดพัฒนาการ การให้ผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชน และมีอิสรภาพในการดำเนินชีวิตย่อมเป็นผลดีต่อผู้ป่วยมากกว่า ดังนั้นผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากพยาบาลเมื่อผู้ป่วยต้องใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลจึงเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยพยาบาลควรมีการประเมินความรู้เบื้องต้นและความต้องการของผู้ดูแลก่อนทุกครั้ง เพื่อที่จะได้ตอบสนองความต้องการแก่ผู้ดูแลได้สอดคล้อง

กับความต้องการที่แท้จริง และผู้ดูแลสามารถนำความต้องการที่ได้รับไปปฏิบัติต่อผู้ป่วย สามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขตามสภาพแวดล้อม ความเชื่อ ศาสนา และประเพณีของตนเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษานำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงการพยาบาลกำหนดรูปแบบการให้บริการบริการดังนี้

1. ก่อนให้ข้อมูลต้องมีการประเมินหรือสอบถามความต้องการและความพร้อมของผู้ดูแลก่อนทุกครั้งเพื่อได้ทราบถึงความพร้อมและ

2. ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลด้านทักษะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง เช่น การพุดคุย การจำกัดพฤติกรรม

3. ส่งเสริมให้ มีการปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องที่ผู้ดูแลรับรู้ได้น้อย หรือค่อนข้างน้อย ให้ชัดเจน เป็นรูปธรรม และผู้ดูแลรับรู้ได้มากขึ้น เช่น ด้านสนับสนุนระดับประคอง โดยเฉพาะให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงานติดต่อกับแหล่งช่วยเหลือที่จำเป็น ให้พยาบาลสนับสนุนให้มีกลุ่มช่วยเหลือกันและกันของผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้มีพยาบาลตามเยี่ยมบ้าน ให้พยาบาลในที่ชุมชนเป็นที่ปรึกษาดูแลในการดูแลผู้ป่วย และพยาบาลทำให้เพื่อนบ้านเข้าใจ ยอมรับและไม่รังเกียจผู้ป่วย

ด้านบริหารการพยาบาล

ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของพยาบาล เช่น การ

พัฒนารูปแบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวช รายใหม่ หรือการพัฒนารูปแบบการให้การ ปรีกษาสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล การพัฒนารูป แบบการเยี่ยมบ้านและกระบวนการเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งเสริมความรู้และสร้างความมั่นใจสำหรับ ญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน เตรียมความ พร้อมพยาบาลเยี่ยมบ้านโดยการมีพี่เลี้ยง และการ สร้างเครือข่ายการดูแล

ข้อเสนอแนะในการศึกษครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ ต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2. ศึกษาความต้องการและความต้องการ ที่ได้รับของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในจิตเวช อื่นๆ เช่น ยาเสพติด สมองเสียม แอลกอฮอล์ อารมณ์สองขั้ว เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผน ให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้อง กับความต้องการของผู้ดูแลต่อไป

3. พัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการเยี่ยม บ้านผู้ป่วย เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและทำให้เพื่อนบ้านเข้าใจ มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นบุคคลสำคัญในการดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่งที่บ้านนำผลการวิจัยมาสร้าง แนวทางปฏิบัติในการให้บริการแก่ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยต่างๆ เช่น แนวทาง ปฏิบัติในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงสำหรับ ผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2548).

รายงานและสถิติประจำปี 2548. นนทบุรี:

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

เจมา ตั้งใจมั่น, พรทิพย์ ธรรมวงศ์ และ ชลธิดา

สิมะวงศ์. (2552). ผลของโปรแกรมการ

ดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนต่อคุณภาพชีวิต และความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย โรควิตกกังวล. วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต 23(2), 110-123.

จลิ เจริญสรรพ. (2544). การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ปีงบประมาณ 2540 - 2544. จังหวัด สุราษฎร์ธานี.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2550). การพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์ จำกัด.

ชาญชัย สุภากุล. (2552). ความต้องการและ ความต้องการที่ได้รับจากพยาบาลตามการ รับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรม รุนแรงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล สวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลาค นครินทร์.

เชค อาลี อีชา. (2537). ภารกิจที่อิสลามกำหนด ให้ปฏิบัติ. อัล-อิสลาห สมาคม. กรุงเทพมหานคร. (อัดสำเนา).

คารา การะเกษร. (2545). ความรู้การปฏิบัติและ ความต้องการการสนับสนุนการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลใน ครอบครัวไทยมุสลิม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและ พัฒนาระบบสาธารณสุข คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ทูลกา นุปผาสังข์. (2545). ภาระและความ สามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับ เข้ารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรควิตกกังวล.

- วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ทัศนีย์ ขุนพัฒนากุล. (2549). *ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่วัยสูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นวิยา ภิรมย์. (2541). *บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมสุขภาพจิต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิบัตรียะ จิงา. (2553). *พฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทมุสลิมตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วย โรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นุรุคดิน สารมิง. (2540). *แนวทางศาสนาอิสลามเกี่ยวกับความตายและการปฏิบัติต่อคนไข้มรณวิถี*. *วารสารสงขลานครินทร์ สาขาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 3(1). 75-91.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2539). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1*. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- บัวทอง สถาน. (2550). *รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์*. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิเศษฐ์ สุวรรณจินดา. (2549). *สมรรถนะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พัชรี คำธิตา. (2546). *ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลแม่ทา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภูซงค์ เหล่ารุจิรสวัสดิ์. (2547). *โรคจิตหรือโรคทางจิต*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 49(5), 253-254.
- นงลักษณ์ภัทราจิตต์ สักดา. (2546). *ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนนิขัญญ์. (2550). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มารศรี ปาณีวัตร. (2548). *บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่*

- บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น.
- ยูวลี ขาปาง. (2549). *ความต้องการของผู้ดูแล
ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรง
พยาบาลเดิน จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล-
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรทัย ศรีรัตน์. (2552). *ความต้องการและความ
ต้องการที่ได้รับจากพยาบาลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการทางจิต*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาสงขลานครินทร์.
- วรรณนา พัวพันธ์. (2548). *ความต้องการของ
ผู้ดูแลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ที่บ้าน: กรณีศึกษาผู้มารับบริการที่โรง
พยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์-
ธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริม
บทบาทสมาชิกครอบครัวในฐานะผู้ดูแล.
วารสารพยาบาลศาสตร์, 12(4), 33-38.
- วันเพ็ญ พิฆิตพรชัย. (2540). การพยาบาลกับ
ความต่างทางวัฒนธรรม. *วารสารพยาบาล
ศาสตร์*, 16(1), 2 – 6.
- สุวิทย์ บางโรย. (2551). *สมรรถนะของพยาบาล
จิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม
บนพื้นฐานความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย*
ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช
ภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์.
- สุวรรณา อนนตรี. (2552). *ความต้องการของ
ผู้ดูแลและความต้องการที่ได้รับจาก
พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลา
นครินทร์.
- สุพิศ กุลชัย. (2550). *ผลของโปรแกรมการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชโรครอบครัวต่อภาระการดูแล
ของผู้ดูแลโรคจิตเภทในโรงพยาบาล
ศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล-
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรภา ทองรินทร์. (2546). *ความต้องการของ
ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการใน
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล-
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Bartol, G. M., Moon. E., & Linto, M. (1994).
Nursing assistance for families of
patients. *Journal Of Psychosocial
Nursing & Mental Health Services*, 12,
27-29.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress,
appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leininger, M.M. (1995). *Transcultural nursing:*

Concepts. Theories, research and practice.
(2 nd ed.). New York: McGraw Hill.

Rowlin, S. R. (1991). Using the connecting process to meet family caregiver needs. *Journal of Professional Nurse*, 7(7-8), 213-220.

Yamane, T. (1973). *Statistics : An introductory analysis*. Tokyo: Harper.