

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ศึกษาในผู้ป่วยนอกคลินิกสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

สมมติฐานการศึกษา

ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในอำเภอรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ครอบครัวได้จากการคัดเลือก แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละครอบครัวซึ่งประกอบด้วยสมาชิก ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักซึ่งอาจจะเป็น เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรของผู้ป่วยจิตเภทหรือเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล มีอายุระหว่าง 20-60 ปี สามารถพูดคุยหรือสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
2. สมาชิกในครอบครัวหรือเป็นผู้ดูแลเองมีความเกี่ยวพันทางพันธุกรรมหรือทางกฎหมาย หรือบุคคลที่มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีอายุระหว่าง 20-60ปี สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่องยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาได้แก่โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยผู้ศึกษาได้ปรับปรุงมาจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ จิราพร รักการ(2549)ซึ่งใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว(family psychoeducation) ของ Anderson,Hogarty & Reiss (1980) ความถูกต้องชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ลำดับเนื้อหา และเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่านและอาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 1 ท่านซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ดำเนินการที่บ้านเป็นรายครอบครัวที่บ้านติดต่อกัน 5 สัปดาห์โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมละ 60-90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ใช้แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยชำนาญ (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัยมีข้อคำถามรวม 24 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบวัดภาวะของผู้ดูแลของนพรัตน์ ไชยชำนาญ (2544) ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษานำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลที่ทำงานด้านสุขภาพจิต

และจิตเวช จำนวน 1 ท่านและอาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความตรงทาง โครงสร้าง ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นผู้ศึกษาจึงนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการศึกษาอิสระ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวัฒนานครอำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .82 และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 และนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ใช้จากแบบวัดความรู้ของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987)

3.1.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งใช้ในการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการศึกษาอิสระ กำหนดค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1 ก่อนนำไปทดลองใช้

3.1.2 ผู้ศึกษาตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

3.2 แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้มาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเวชของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20

3.2.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษานำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทจิตเภท ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1 และค่า

ความเที่ยงโดยรวม .80 ในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาก่อนนำไปใช้จริง

3.2.2 ผู้ศึกษาตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรครุเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. ระยะเวลาเตรียมการศึกษา ผู้ศึกษาได้เตรียมความรู้และศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาเพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลจิตเวชและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 ครอบครัว หลังจากนั้นประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาและเก็บข้อมูลในชุมชนเมื่อได้รับการอนุมัติแล้วแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการศึกษา วัน เวลา สถานที่ และระยะเวลาดำเนินการและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านตามที่นัดหมายไว้ผู้ศึกษาแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาแล้วประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบวัดภาวะการดูแล (Pre- Test) ก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และนัดเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้าน

2. ระยะดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาดำเนิน โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้าน โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอนให้กับกลุ่มตัวอย่าง 20 ครอบครัว โดยทุกครอบครัวมีสมาชิกเข้าร่วมกิจกรรม ครอบครัวละ 3 คน โดยมีการจัดกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ทั้งหมด 5 สัปดาห์ วันละ 4 ครอบครัว แบ่งเป็นช่วงเช้า 2 ครอบครัว ช่วงบ่าย 2 ครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรม ดังนี้คือ สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เพื่อสร้างความไว้วางใจและแรงจูงใจในการที่จะให้ครอบครัวร่วมกันดูแลผู้ป่วย โดยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และสร้างแรงจูงใจโดยการชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดจากการเรียนรู้ในการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรม ที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา โดยการให้ความรู้กับผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกใน

ครอบครัวเกี่ยวกับ โรคและวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลได้ สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ความรู้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับวิธีหรือการจัดการกับอาการกำเริบที่อาจเกิดขึ้นได้ สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดยการสอนวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น และฝึกให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติการคลายเครียดด้วยวิธีการฝึกการหายใจอย่างช้า ๆ และสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน และลักษณะของการสื่อสารทางบวก โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที

การกำกับการทดลองผู้ศึกษาทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทันที ซึ่งพบว่าทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือมากกว่า 24 ข้อ

3. **ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้ศึกษาประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในสัปดาห์ที่ 6 โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลแบบเดียวกัน

วิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent T-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการศึกษา

ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

หลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย ลดลงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานนั่นคือ ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ดังนั้นผลการศึกษานี้สรุปได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีผลทำให้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยลดลง

อภิปรายผลการศึกษา

ผู้ศึกษาขออภิปรายผลการศึกษานี้แยกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรส คู่คิดเป็นร้อยละ 50 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80 มีอาชีพ ค้าขายคิดเป็นร้อยละ 45 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 45 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 70 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 50

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นหญิงมีสถานภาพสมรสคู่ และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรัก ความผูกพันของมารดา เป็นลักษณะโดยธรรมชาติของความเป็นแม่ สำหรับประวัติการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2-5 ปี ซึ่งพบว่าญาติส่วนใหญ่จะมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย คือ ญาติจะสงสาร ยอมรับ ให้ความสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย ที่สำคัญผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา จะมีทัศนคติที่ดี อดทน และเข้าใจผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เรื้อรัง นานกว่า 2 ปี จะมีผลให้ญาติ หรือ บิดามารดา ได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแล ธรรมชาติของโรค มีทักษะในการเผชิญปัญหา และหาทางออกได้ดีขึ้นกว่าการดูแลในระยะเวลาที่สั้นกว่า ขณะเดียวกันก็เริ่มทำใจได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ให้อภัยต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติที่ยังคงมีอยู่ในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การดูแลระยะเวลานาน ช่วยให้เกิดการปรับตัว การนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ มารับยาต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การที่ญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ทำให้มีความเข้าใจ มั่นใจว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ (Yamashita, 1996) การมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย การได้

ข้อมูลรวมทั้งแหล่งให้ความช่วยเหลือดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีทางออกในการแก้ไขปัญหาจากการดูแล เกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง

ตอนที่ 2 อภิปรายผลจำแนกตามผลที่เกิดกับภาระการดูแลในภาพรวมและรายด้าน ดังนี้

1. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ช่วยให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมลดลง หลังได้รับ โปรแกรม ทั้งนี้เนื่องจาก กิจกรรมและกระบวนการที่ใช้ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา ซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การสอนให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย และจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้น การมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ อันจะมีผลต่อจิตใจและการดูแลผู้ป่วย สอนให้ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการพัฒนาทักษะทางสังคม เช่น การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ วิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ซึ่งการให้ความรู้หรือข้อมูลคำแนะนำอื่น ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pakenham and Daddo (1987 อ้างใน ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) พบว่า ครอบครัวที่ได้รับข้อมูลและการสอนวิธีการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวกับโรคจิตเภท จะมีประสบการณ์ทางอารมณ์ในด้านลบ และจะรับรู้ถึงภาระและประสบการณ์ความขัดแย้งของครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Pai and Kaper (1981) พบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยต่ำลง และครอบครัวจะมีการปรับตัวและทำหน้าที่ในสังคมได้ดีขึ้น

1.1 คะแนนภาระในการดูแลเชิงอัตนัย พบว่า หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากผลเฉลี่ยรายข้อของแบบวัดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทภาระเชิงอัตนัยพบว่า มีข้อคำถามที่ทำให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงชัดเจนเช่นในข้อความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาและและความรู้สึกกลัวเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงซึ่งพบวก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีค่าเฉลี่ย 3.90 และ 3.60 และหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีคะแนนเฉลี่ยลดลง เหลือ 2.85 และ 2.50 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถช่วยลดภาระในการดูแลเชิงอัตนัย ช่วยลดความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติ ที่เกิดเนื่องมาจากความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น ในกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

และการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย (Anderson et al., 1980) สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ รู้วิธีการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้พวกเขาสามารถให้ความร่วมมือในการรักษาได้เป็นอย่างดี และมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเชิงอัตนัยลดลง ในส่วนของกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง (Lazarus & Folkman, 1984 & Montgomery et al., 1985) นอกจากนี้ในกิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดความเครียดซึ่งเป็นภาระเชิงอัตนัยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lim & Ahn (2003) ซึ่งพบว่า การใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดภาระเชิงอัตนัยได้

1.2 คะแนนภาระในการดูแลเชิงปรนัย พบว่า หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าจากผลเฉลี่ยรายข้อของแบบวัดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทภาระเชิงปรนัยพบว่ามีข้อคำถามที่ทำให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงชัดเจนเช่นในข้อเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแล ลดลงจากก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 2.70เหลือ 0.35 ทั้งนี้เนื่องจากภาระเชิงในการดูแลเชิงปรนัย หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ (Montgomery et al., 1985) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมใน โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแต่ละครั้ง มีการกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม อย่างมีโครงสร้างที่จะส่งผลในการช่วยลดภาระด้านนี้ได้ โดยในกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ ซึ่งผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสมาชิกใน

ครอบครัว การแสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ และยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยความคิดความรู้สึก และเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัว และการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในคน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเชิงปรนัยลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) ในส่วนของกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสมเช่นในเรื่องของการดูแลตนเองเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีปัญหาในเรื่องนี้แต่เมื่อการได้รับรู้ปัญหาของผู้ป่วยร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยมีการแก้ปัญหาร่วมกันและมีการสอนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่อผู้ป่วยเข้าใจและสามารถทำได้เองหรืออาจจะถูกกระตุ้นน้อยลงก็สามารถทำได้เองจึงทำให้ความรู้สึกของผู้ดูแลในเรื่องการรบกวนทำกิจวัตรประจำวันน้อยลงส่งผลให้การรับรู้ภาระในการดูแลเชิงปรนัยลดลง (Lazarus & Folkman, 1984 & Montgomery et al., 1985) สำหรับในกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการรับ ส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแล หรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม (เพชร คันธสายบัว, 2544) นอกจากนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัว ยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมนอกข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ มีทัศนคติต่อผู้ป่วยดีขึ้น รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเชิงปรนัยลดลง (Thompson & Doll, 1993) อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543)

จากผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ผู้ศึกษาปรับปรุงจากการศึกษาของจิราพร รักการ(2549) โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทาง

สังคม (social support) โดยอาศัยหลักการของการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว การรับฟังปัญหาของครอบครัว การช่วยเหลือในด้านการวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับรูปแบบการรักษาสำหรับผู้ป่วย สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัว ลดความสับสนและความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือประคับประคอง ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์ การช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพอาการ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้ครอบครัวสามารถยอมรับในความทุกข์ทรมาน ลดความรู้สึกเป็นภาระ และความคับข้องใจจากการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตได้ (Anderson et al., 1980) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Francell (1998) ซึ่งพบว่า แนวทางที่จะช่วยลดภาระครอบครัว คือ การให้ความรู้กับครอบครัว เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการจัดการกับภาวะวิกฤต และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทีมรักษา และการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

สำหรับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในงานศึกษานี้ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาทักษะทางสังคมโดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้านแล้ว ยังรวมไปถึงการให้การดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอีกด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ และมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น เป็นการช่วยเหลือและการประคับประคองแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ลดการเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมกหมองที่เกิดขึ้นในครอบครัว เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข (Kuiper, Leff & Lam, 1992) ส่งผลย้อนกลับให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระเชิงอัตนัยลดลง เนื่องจากภาระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติ เกิดเนื่องมาจากความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งอาการทางจิตรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจ

ภาคการฉีดยาได้ (Loukissa, 1995; Jones, 1996; Ip & Mackenzie, 1998) นอกจากนี้การให้ความรู้ดังกล่าวนี้จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง เป็นผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pakenham & Daddo (1987 อ้างถึงใน ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) พบว่าครอบครัวที่ได้รับข้อมูลและการสอนวิธีการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวกับโรคจิตเภท จะทำให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ กังวลใจ การรับรู้ถึงภาระและประสบการณ์ความขัดแย้งของครอบครัวน้อยลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Pai & Kapur (1981) ซึ่งพบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยต่ำลง และครอบครัวจะมีการปรับตัวและทำหน้าที่ในสังคมได้ดีขึ้น

ดังนั้นสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีผลต่อการลดภาระได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เป็นเพราะการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสร้างความร่วมมือของครอบครัวในการวางแผนการรักษา การค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท สามารถพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข ช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว รวมทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง นับว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ รวมทั้งเป็นรูปแบบการให้บริการตามแนวทางการปฏิบัติระบบสุขภาพ ที่เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ หรือการแก้ไขปัญหา โดยการส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะ

ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลักที่สำคัญ คือ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาทักษะทางสังคม ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลหรือในชุมชน สำหรับเป็นแนวทางในการให้ความรู้เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้ พยาบาลสามารถปรับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวในแต่ละกลุ่ม นอกจากนี้ยังสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยอื่น ๆ ต่อไป

3. ผู้ที่จะนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้ ต้องเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งมีความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ควรมีความเข้าใจกับเนื้อหา และขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมนีก่อนนำไปใช้ รวมทั้งควรมีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถใช้โปรแกรมนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ในการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้ กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่บ้าน พยาบาลจำเป็นต้องดำรงความสัมพันธ์ที่ดีไว้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ความสัมพันธ์ที่ดีเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ซึ่งจะนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงควรเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เป็นผู้มีไหวพริบปฏิภาณ ในการสังเกตความเป็นไปในครอบครัว และสามารถแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นได้

5. การดำเนิน โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พยาบาลจะต้องปรับเปลี่ยนเวลาให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เช่น การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในวันหยุด หรือในช่วงเย็นของวันธรรมดา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวบางราย อาจต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้สามารถปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแลแต่ละกลุ่มโรคได้

2. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามผลระยะยาว เพื่อเป็นการเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการติดตามผลระยะยาวอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะได้มากขึ้น เพราะถ้าผู้ดูแล ดูแลผู้ป่วยได้ดี อาการผู้ป่วยสงบไม่รบกวนผู้ดูแล การรับรู้ว่าเป็นภาวะ หรือปัญหาในการดูแลจะลดลง