

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

#### สมมุติฐานการศึกษา

ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอเสนาไห้ จังหวัดสระบุรี หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอันประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอเสนาไห้ จังหวัดสระบุรี

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ครอบครัวแต่ละครอบครัว ประกอบด้วยสมาชิก 3 คน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

##### ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. มีอายุระหว่าง 20- 60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเสนาไห้ จังหวัดสระบุรี
3. เป็นผู้ที่มิระดับคะแนนภาวะการดูแลระดับปานกลางขึ้นไป โดยใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี, 2544

4. ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาด้วยความสมัครใจ

5. อ่านหนังสือ และเขียนหนังสือได้

6. สามารถพูดคุยสื่อสารได้สะดวก

##### สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

1. มีอายุระหว่าง 20- 60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง

2. มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเสนาไห้ จังหวัดสระบุรี

3. เป็นผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วยเกี่ยวพันทางสายเลือด

4. มีการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว หรืออาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย

5. เกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้าน เดียวกันกับผู้ป่วย

6. ยินดีเข้าร่วม โครงการศึกษาด้วยความสมัครใจ
7. อ่านหนังสือ และเขียนหนังสือได้
8. สามารถพูดคุยสื่อสารได้สะดวก

#### ผู้ป่วยจิตเภท

1. มีอายุระหว่าง 20- 60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี
3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD 10
4. ยินดีเข้าร่วม โครงการศึกษาด้วยความสมัครใจ
5. อ่านหนังสือ และเขียนหนังสือได้ และสามารถพูดคุยสื่อสารได้สะดวก

#### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 3 ส่วน คือ

1. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psycho education) ซึ่งผู้ศึกษาได้ใช้ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งพัฒนาโดย จิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย การให้ความรู้ครอบครัว (family education) และข้อมูล (information) เกี่ยวกับโรคและการรักษา ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การสอน วิธีการเผชิญความเครียด (coping skills) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) โดยปรับปรุงด้วยการเพิ่มเติมกิจกรรมที่ 6 คือการติดตามทาง โทรศัพท์ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วัน ซึ่งมีรูปแบบกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และ การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทาง โทรศัพท์ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วัน

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบวัดภาวะในการดูแล นำมาจากการศึกษาของนพรรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มีปัญหาในการดูแล ซึ่งแบบสัมภาษณ์ นี้ประกอบด้วยภาวะ 2 ด้าน คือภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 24 ข้อ มีการประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิและค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ 1 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษานำไปหาความเชื่อมั่นซ้ำอีกครั้ง โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสระบุรี ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

## 3. เครื่องมือกำกับการศึกษา มี 2 ส่วน คือ

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้ใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ

3.2 แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้มาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเวชของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน โดยผู้ศึกษานำรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้ศึกษารวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1 หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการศึกษาไปทดลองใช้กับ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลดาวเรือง อำเภอเมือง

จังหวัดสระบุรี จำนวน 3 ครอบครั้ว ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เพื่อความเป็นไปได้ทั้งด้านความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค ภายหลังจากทดลองใช้พบว่า ครอบครั้วของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ครอบครั้ว ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมได้ดีและสามารถเข้าใจกิจกรรมได้พอควร สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด แต่บางกิจกรรมใบความรู้มีจำนวนมาก ได้มีการปรับให้กระชับ ชัดเจนขึ้น

สำหรับเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือกำกับการศึกษา ผู้ศึกษาได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลสระบุรีอย่างละ 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 เครื่องมือกำกับการศึกษาใช้สูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 และ .84 ตามลำดับ

**เกณฑ์กำกับการทดลอง** ภายหลังจากใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครั้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครั้ว มีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80) ขึ้นไปทุกคนและ ผู้ป่วยจิตเภท มีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 75) ขึ้นไปทุกคน

### ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการศึกษาอิสระ

ผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินงานโครงการด้วยตนเองทั้งหมด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการศึกษา

1) ผู้ศึกษาได้เตรียมความรู้และฝึกทักษะในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยผู้ศึกษาได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิตและรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในกลุ่มเฉพาะจำนวน 3 หน่วยกิต โดยผู้ศึกษาได้ทำการฝึกทักษะในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครั้ว แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครั้วทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

2) ประสานงานกับโรงพยาบาลเสাইให้และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสাইให้ เพื่อขอความร่วมมือในการทำโครงการศึกษาอิสระ โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในชุมชนเขตอำเภอเสাইให้ โดยแจ้ง

รายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ วิธีการ และระยะเวลาในการดำเนินการเพื่อให้ผู้ช่วยในการศึกษา เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ชัดเจน เมื่ออนุมัติแล้ว จึงติดต่อขอความร่วมมือในการศึกษาและ จัดเตรียมการดำเนินการศึกษากับ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเขตอำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี

3) ผู้ศึกษาและผู้ช่วยผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชนอย่างน้อย 3 ปี และผู้ศึกษาได้สอนและแนะนำการใช้เครื่องมือต่างๆจนมีความเข้าใจตรงกัน ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาคั้งนี้ได้เข้าพบผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว ที่บ้าน ตามที่นัดหมายไว้ แนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

4) หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมผู้ศึกษา ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม เข้าร่วมศึกษาและสอบถามข้อมูลทั่วไปและนัดเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวที่บ้าน

#### ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินโครงการ

ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิต ศึกษารายครอบครัวที่บ้านจำนวน 20 ครอบครัว โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ครั้งละ 60 นาทีวันละ 4 ครอบครัว เข้า 2 ครอบครัว บ่าย 2 ครอบครัว โดยแต่ละกิจกรรมห่างกัน 5 วัน และ กิจกรรม 6 เป็นการติดตามทางโทรศัพท์หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วันใช้เวลาครอบครัวละ 20 นาที

ผู้ศึกษาทำการกำกับการศึกษาทันทีหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 โดยใช้แบบวัดความรู้การดูแล ผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว และแบบทดสอบความรู้สำหรับของผู้ป่วย จิตเภท

#### ขั้นตอนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบสัมภาษณ์ภาวะการดูแล (Pre-test) โดยให้ตอบแบบ สัมภาษณ์ในวันแรกของการทำกิจกรรมที่ 1 และผู้ศึกษาทำการประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท (Post - test) ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแล้ว 1 สัปดาห์ โดย ดำเนินการใน ระหว่างวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2553 ถึง 30 มีนาคม 2553 รวมระยะเวลาในการจัด กระทำและประเมินผลทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาคำนวณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent T-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการศึกษา

สรุปได้ว่า หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งโดยรวมและรายด้าน คือ ภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 15.56, 14.52$  และ  $16.61$  ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการศึกษาที่ตั้งไว้

ดังนั้น จากผลการศึกษาครั้งนี้ จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีผลทำให้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง

### อภิปรายผลการศึกษา

ผู้ศึกษาขออภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90 มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 70 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 มีอาชีพ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 45 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะมารดา คิดเป็นร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 และผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่จะมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย คือสงสาร ขอมอบ ให้ความสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย ที่สำคัญผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา จะมีทัศนคติที่ดี อดทน และเข้าใจผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เรื้อรัง นานกว่า 2 ปี จะส่งผลให้ญาติ หรือ บิดามารดา ได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแล ธรรมชาติของโรค มีทักษะในการเผชิญ

ปัญหา และหาทางออกได้ดีขึ้นกว่าการดูแลในระยะเวลาที่สั้นกว่า ขณะเดียวกันก็เริ่มทำใจได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ให้อภัยต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติที่ยังคงมีอยู่ในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ การดูแลระยะเวลานาน ช่วยให้เกิดการปรับตัว การนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ มารับยาต่อเนื่องให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การที่ญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ทำให้มีความเข้าใจ มั่นใจว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ (Yamashita, 1996) การมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย การได้ข้อมูลรวมทั้งแหล่งให้ความช่วยเหลือดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีทางเลือกในการแก้ไขปัญหาจากการดูแล เกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง

**ตอนที่ 2 ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน** จากการศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผู้ดูแลมีภาวะการดูแล ต่ำกว่า ก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านภาระเชิงประนัยและภาระเชิงอัตนัยต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ช่วยให้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดต่ำลง โดยผู้ศึกษาจะขออภิปรายผลจำแนกตามผลที่เกิดกับภาระการดูแลในภาพรวมและรายด้าน ดังนี้

1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวช่วยให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมลดลง หลังได้รับโปรแกรม ทั้งนี้เนื่องจาก การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว Aderson et al. (1980) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Aderson et al., 1980) สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Aderson et al. (1980) ซึ่งเป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำความรู้สึกเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้าง ความหวังให้กับครอบครัวเพื่ออนาคตที่ดีกว่า

การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery et al., 1985) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จีราพร รักการ (2549) ซึ่งศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีกิจกรรมซึ่งมุ่งความสำคัญไปที่การให้ความรู้และการฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย จิตเภทเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ หรือกับญาติผู้ดูแลหลักเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคลที่บ้าน นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่า การเล็งเห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และให้การยอมรับในการแสดงบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระลดลงและมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ (Yamashita, 1996; Pai & Kapur, 1981 Fowler, 1992; Bemheim, 1998 อ้างใน ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; ทานตะวัน เข้มบุญเรืองและ ครุณี คชพรหม 2543)

2) เมื่อพิจารณาภาระการดูแลจำแนกตามรายด้าน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.1) คะแนนภาระเชิงประนัยของผู้ดูแล พบว่า คะแนนภาระในการดูแลเชิงประนัยจำแนกตามรายข้อทุกข้อหลังการใช้โปรแกรม ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 12 ข้อ ทั้งนี้เนื่องจากภาระในการดูแลเชิงประนัย หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ (Montgomery et al., 1985) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแต่ละครั้ง มีการกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม อย่างมีโครงสร้างโดยกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีกันในครอบครัว โดยเฉพาะระหว่าง ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยความคิดความรู้สึก เกิดความร่วมมือในการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวและผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยการที่ผู้ศึกษาพยายามสร้างสัม



พันธุภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัวพยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะ และปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคการรักษา และ การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดเวลาและความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย (Lim & Ahn, 2003) การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัวสำหรับอนาคตที่ดีกว่า จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น ร่วมมือในการบำบัดรักษา นำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น (นพรัตน์ไชยชานี, 2544) ประกอบกับกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคมเน้นเรื่องการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีทั้งในครอบครัวและสังคมเป็นการช่วยลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (จิราพร รักการ, 2549) นับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลเพราะจะทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและเกิดความเข้าใจอันดีภายในครอบครัว (Dyck, Short & Vitaliano, 1999) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (ตวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) จึงทำให้ภาระการดูแลเชิงประนัยลดลง

2.2) เมื่อพิจารณาคะแนนภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแล พบว่า ภาระในการดูแลเชิงอัตนัยจำแนกตามรายข้อทุกข้อ หลังการใช้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 12 ข้อ เนื่องจาก ในกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคการรักษา และ การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทจะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ รู้วิธีการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย จะช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (Yamashita, 1996 อ้างใน ดร.ณิ คชพรหม, 2543) จึงทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเชิงอัตนัยลดลง ส่วนในกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็น

ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรคสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสมและทำให้การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง (Lazarus & Folkman, 1984 & Montgomery et al., 1985) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมเป็นการช่วยลดภาระด้านอัตนัย กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) การส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น ลดความเครียดให้น้อยลงได้ส่งผลให้ลดภาระทางด้านอัตนัยลดลง

นอกจากนี้ผู้ศึกษายังได้นำการติดตามทางโทรศัพท์เพิ่มเติมในกิจกรรมที่ 6 เพื่อเป็นการกระตุ้น เสริมแรง ตอบปัญหาข้อข้องใจ การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งความรู้ และคำแนะนำต่างๆ หลังการจัดกิจกรรมตาม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวทั้ง 5 กิจกรรมแล้ว เป็นที่ปรึกษาและเป็นขวัญกำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการติดตามทางโทรศัพท์ถือเป็นการจัดสิ่งเร้าใหม่ เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา เป็นกิจกรรมที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแล จดจำ เนื้อหาการทำกิจกรรม การดูแล การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทได้มากขึ้น ส่งผลให้ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในด้านปรนัยและอัตนัย (Mcintoss & Worley, 1994)

ดังนั้นสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีผลทำให้ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลลดลง ทั้งนี้เป็นเพราะการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสร้างความร่วมมือของครอบครัวในการวางแผนการรักษา การค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท สามารถพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข ช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว

รวมทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง นับว่าเป็น การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิต เภท ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ รวมทั้งเป็นรูปแบบการให้การบริการ ตามแนวทางการปฏิบัติระบบสุขภาพ ที่เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ หรือการแก้ไขปัญหา โดยการ ส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำเอาโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทั้งใน โรงพยาบาลและในชุมชน เนื่องจากเป็นลักษณะของการให้ความช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและสมาชิกใน ครอบครัว ซึ่งในครอบครัวนับเป็นบริบทที่มีความสำคัญที่สุดในการที่จะให้ความช่วยเหลือดูแลเอา ใจใส่ให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเภท

1.2 การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ไปประยุกต์ใช้ พยาบาลจำเป็นต้อง เป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานในการให้คำปรึกษา หรือการให้คำปรึกษาครอบครัว ตลอดจน ต้องมีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ การติดต่อสื่อสาร และการประสานงานเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมตามที่กำหนด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในการศึกษารุ่นนี้ได้ทำกิจกรรมที่ บ้านเป็นรายครอบครัวนับว่าเป็นการเข้าถึงบริบทและสภาพเป็นจริงของครอบครัวผู้ป่วยมากที่สุด แต่ต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมมากและเป็นภาระของเจ้าหน้าที่ สำหรับในทางปฏิบัติจริง เพื่อให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืนและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ควรนำครอบครัว 2 -3 ครอบครัวมาจัดกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่มครอบครัวเพื่อความสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติของ เจ้าหน้าที่ อีกทั้งจะสามารถทำให้กลุ่มครอบครัวได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันเพื่อ พัฒนาการดูแลให้เหมาะสมเกิดความร่วมมือในเครือข่ายและเกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

1.4 การติดตามทางโทรศัพท์พบว่ามิประโยชน์ในการลดเวลาค่าใช้จ่าย และสะดวก รวดเร็ว ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานที่มีปริมาณผู้ป่วยมากและเขตรับผิดชอบกว้างไกล ควรมีการนำโทรศัพท์ มาใช้ดำเนินการกิจกรรมทั้งก่อนการทำกิจกรรมเพื่อการเตรียมความพร้อมของครอบครัวสำหรับการนัด หมาย วันเวลาในการไปเยี่ยมบ้านได้เหมาะสมกับความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วย ทำให้ครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความพึงพอใจอย่างมาก และใช้ติดตามหลังทำกิจกรรมเพื่อ ส่งเสริม สนับสนุน ให้

กำลังใจ ชมเชย แนะนำให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่ง การปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมและสามารถแก้ปัญหาที่ครอบครัวซึ่งไม่สามารถจัดการกับปัญหาเฉพาะหน้าได้

1.5 ผู้ที่จะนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้ ควรปรับเพิ่มเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ทันสมัยกับการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอเพื่อให้ครอบคลุมบริบทของปัญหาได้ครบถ้วน เช่น ยาที่ใช้รักษาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ ได้ตระหนักรู้ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการวางแผนการพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

1.6 ควรมีการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในอำเภออื่นของจังหวัดสระบุรี ได้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยประชุมชี้แจงทำความเข้าใจและอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะแก่พยาบาลวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ ให้มีศักยภาพในการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ โดยจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติไว้ประจำที่โรงพยาบาล หน่วย PCU ทุกแห่ง

## 2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาผลของการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นรายกลุ่มครอบครัวโดยมีกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อให้ผลของ การศึกษา สามารถอ้างอิงผลที่พบไปยังประชากรที่ศึกษาได้

2.2 ควรศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนเช่นเดียวกัน เช่น ในกลุ่มของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทางอารมณ์ เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช โรคเรื้อรังกลุ่มอื่นว่าภาวะในการดูแลของผู้ดูแลแตกต่างกันหรือไม่และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละโรค