# บทที่ 5
# สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการศึกษา (One group pretest–posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

**สมมติฐานการศึกษา**

ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

1. ประชากร คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อันประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวในชุมชนอำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อันประกอบด้วย ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 20 ครอบครัว ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แต่ละครอบครัว ที่ผู้ดูแล มีภาระในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ระดับกลางขึ้นไปจนถึงมากที่สุด โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยสมาชิก ดังนี้

2.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักซึ่งอาจเป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรของผู้ป่วยจิตเภทหรือเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล มีอายุระหว่าง 20-60 ปี สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

2.2 สมาชิกในครอบครัวหรือเป็นผู้ดูแลรอง มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีอายุระหว่าง 20-60 ปี สามารถพูดคุยหรือสื่อสารรู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV TR มีอายุระหว่าง 20-60 ปี สามารถพูดคุย สื่อสารรู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา** ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (สำหรับผู้ดูแล) ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่พัฒนาขึ้นโดยจิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิด Anderson et al. (1980) มาปรับปรุงเป็นโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษารวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ส่วนที่ผู้ศึกษาได้เพิ่มเติมในโปรแกรมส่วนของกิจกรรมที่ 2 คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพจิตดี จากนั้นผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือทุกส่วนที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลจิตเวชและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ได้แก่ แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษานำมาจากแบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยชำนิ (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยการวัดภาระเชิงอัตนัย 12 ข้อ และภาระเชิงปรนัย 12 ข้อ รวม 24 ข้อ หาค่าความเที่ยงโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

3. **เครื่องมือกำกับการศึกษา** ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษานำมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ จิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ หาค่าความเที่ยงโดยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน-20 (Kuder-Richardson reliability 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

**ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา**

ผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการศึกษาด้วยตนเองทั้งหมด เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังการศึกษา ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการ** ผู้ศึกษารวบรวมองค์ความรู้ เพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลจิตเวชและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 ครอบครัว เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการทำการศึกษา เมื่อได้รับอนุมัติแล้วชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล แจ้งวัน เวลา ในการดำเนินกิจกรรม ตั้งแต่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการศึกษา เตรียมผู้ช่วยในการศึกษา 1 คน เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา กิจกรรมต่าง ๆ ในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและการดำเนินการศึกษาตามขั้นตอน ให้ผู้ช่วยในการศึกษารับทราบและเข้าใจ จากนั้นผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์และโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับผู้ดูแล หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตอบตกลงเข้าร่วมการศึกษา จึงให้ผู้ดูแลเซ็นยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม แล้วประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบวัดภาระการดูแล (Pre- Test) ก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และนัดหมายวัน-เวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมต่อไป

2. **ขั้นดำเนินการ** ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอน โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว 5 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมรายครอบครัวที่บ้านให้กับกลุ่มตัวอย่าง 20 ครอบครัว สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ทั้งหมด 5 สัปดาห์ วันละ 4 ครอบครัว แบ่งเป็นช่วงเช้า 2 ครอบครัว ช่วงบ่าย 2 ครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรม ดังนี้คือ สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เพื่อสร้างความไว้วางใจและแรงจูงใจในการที่จะให้ครอบครัวร่วมกันดูแลผู้ป่วย โดยการการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และสร้างแรงจูงใจโดยการชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดจากการเรียนรู้ในการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรม ที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษารวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว โดยการให้ความรู้กับผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโรคและปัจจัยเรื่องการรักษาต่างๆ ซึ่งช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลได้ สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ความรู้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับวิธีหรือการจัดการกับอาการกำเริบที่อาจเกิดขึ้นได้ สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดยการสอนวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น และฝึกให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติการคลายเครียดด้วยวิธีการฝึกการหายใจอย่างช้า ๆ และสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่ง

ประโยชน์ทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน และลักษณะของการสื่อสารทางบวก โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที

ผู้ศึกษาดำเนินการกำกับการทดลองโดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 5 ทันที ซึ่งพบว่าทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือมากกว่า 24 ข้อ

3. **ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้ศึกษาทำการประเมินภาระของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการศึกษา ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนดำเนินกิจกรรม และสัปดาห์ที่ 6 หลังดำเนินกิจกรรมครบ 1 สัปดาห์ โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทฉบับเดียวกัน

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาคำนวณ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test)

**สรุปผลการศึกษา**

พบว่าผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งโดยรวมและรายด้าน คือ ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (t = 13.72, 12.99 และ 10.69 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานคือ ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

**อภิปรายผลการศึกษา**

ผู้ศึกษาขออภิปรายผลการศึกษาจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55 มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 65 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 มีอาชีพ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 45 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 60 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 เท่ากัน

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพคู่ มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 2-5 ปี ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดาหรือมารดา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย คือ สงสาร ยอมรับ ให้ความสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย มีความอดทนและเข้าใจผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เรื้อรังนานกว่า 2 ปี จะมีผลให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแล รู้ธรรมชาติของโรค สร้างทักษะในการเผชิญปัญหาและหาทางออกได้ดีขึ้นกว่าการดูแลในระยะเวลาที่สั้น ขณะเดียวกันก็เริ่มยอมรับเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและให้อภัยต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติที่ยังคงมีอยู่ได้ในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การดูแลระยะเวลานาน ยังช่วยให้เกิดการปรับตัวอย่างต่อเนื่องอีกด้วย การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ทำให้มีความเข้าใจ มั่นใจว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ การมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย การได้ข้อมูลรวมทั้งแหล่งให้ความช่วยเหลือดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีทางออกในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เพิ่มทักษะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ทำให้ปัญหาและภาระการดูแลผู้ป่วยลดลง เป็นการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วย

**ตอนที่ 2 ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**

จากการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาขออภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานการศึกษา ดังนี้

จากผลการศึกษาพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการศึกษาผู้ดูแลมีภาระในการดูแลเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัย ลดลงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ดังนี้

1. ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย พบว่าหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ภาระในการดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากภาระในการดูแลเชิงอัตนัย หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และทัศนคติ ที่เกิดเนื่องมาจากความรู้สึกหวาดกลัวและวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสามารถช่วยลดภาระด้านนี้ได้ เช่น ในกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมความรู้ให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ รู้วิธีการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้พวกเขาสามารถให้ความร่วมมือในการรักษาได้เป็นอย่างดี และมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเชิงอัตนัยลดลง ในส่วนของกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการเลือกวิธีที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหานั้นได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง นอกจากนี้ในกิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวและมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดความเครียดซึ่งเป็นภาระเชิงอัตนัยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lim & Ahn (2003) ซึ่งพบว่าการใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดภาระเชิงอัตนัยได้ ดังคำพูดของครอบครัวที่พูดว่า "เวลามีอาการนะ ใคร

ก็เอาไม่อยู่ เดินไปเดินมา ต้องแจ้งตำรวจมาจับส่งโรงพยาบาล บางทีก็ทำร้ายคนอื่น ถ้าขัดใจ ต่อไปนี้ฉันเข้าใจแล้วล่ะ ว่าต้องพูดกับเขาด้วยท่าทางที่นุ่มนวลและน่าไว้วางใจ เวลาเขามีอาการกำเริบ" "ไม่เคยรู้เลยว่าการผ่อนลมหายใจจะช่วยลดความเครียดได้ ปกติถ้าเครียดก็จะเดินหนีไปอยู่คนเดียวเสียมากกว่า ไม่ได้ทำอะไร"

2. ภาระในการดูแลเชิงปรนัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวภาระในการดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากภาระเชิงในการดูแลเชิงปรนัย หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแต่ละครั้ง สามารถส่งผลในการช่วยลดภาระด้านนี้ได้ โดยในกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว การแสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ และยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยความคิดความรู้สึกและเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว นอกจากนี้การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเชิงปรนัยลดลง ในส่วนของกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้การรับรู้ภาระในการดูแลเชิงปรนัยลดลง สำหรับในกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการรับ ส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัว ยังทำให้ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างได้ ในกรณีที่เกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่ไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งยังส่งผลให้ชุมชนมีทัศนคติต่อผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ การปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

เชิงปรนัยลดลง ดังคำพูดของครอบครัวที่พูดว่า "ฉันไม่กล้าไปขอความช่วยเหลือจากบ้านไหนหรอก ฉันกลัวว่าเขาจะดูถูกฉัน ลูกฉันไม่เหมือนคนอื่น แต่ต่อไปนี้เวลาอาการกำเริบ ตาขวาง ฉันจะให้อนามัย ผู้ใหญ่บ้านมาช่วยแล้ว"

จากที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่าในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีผลต่อการลดภาระการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เป็นเพราะการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การสร้างความร่วมมือของครอบครัวในการวางแผนการรักษา การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาและการจัดหาการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นและอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข ซึ่งจะช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัวและลดการป่วยซ้ำหรือการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้

**ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล**

1. การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้ ผู้ที่จะนำโปรแกรมนี้ไปใช้ต้องเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งมีความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นควรมีการทำความเข้าใจกับเนื้อหา และขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมนี้ก่อนนำไปใช้จริง ถ้าจะใช้โปรแกรมนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

2. ในด้านการบริการพยาบาล พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งมีกิจกรรมหลักๆ ที่สำคัญ คือ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการพัฒนาทักษะทางสังคมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลหรือในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. การนำกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ สามารถปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแลแต่ละกลุ่มได้

**ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามผลระยะยาว เพื่อเป็นการเสริมความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการติดตามผลระยะ 3 เดือน อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาระได้มากขึ้น เพราะถ้าผู้ดูแล

ดูแลผู้ป่วยได้ดี อาการผู้ป่วยสงบไม่รบกวนผู้ดูแล การรับรู้ว่าเป็นภาระหรือปัญหาในการดูแลจะลดลง

2. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยที่เหมาะสม โดยมีกลุ่มควบคุมเพื่อเป็นการเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. ควรมีการศึกษาภาระในการดูแลผู้ป่วยในผู้ดูแลโรคทางจิตเวชอื่นๆ ด้วยเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา