

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภท ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ศึกษาใน แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณีเขต จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและการะ การดูแลของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

สมมติฐานของการศึกษา มีดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. การะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

- 1) ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภทตาม เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD10) และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณีเขต จังหวัดกาญจนบุรี

- 2) ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและ สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณีเขต จังหวัดกาญจนบุรี

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน ที่รับการรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณีเขต โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 20 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

- 2) ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับปรุงจากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549)ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา

ครอบครัวของ (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ดำเนินการที่บ้านผู้ป่วยเป็นรายครอบครัวติดต่อกัน 3 สัปดาห์ โดยใช้เวลากิจกรรมละ 45-60 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงปรณัย และภาวะเชิงอัตนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งใช้ในการศึกษาของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความตรงตามเนื้อหา คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .88 และสามารถแยกเป็นรายด้าน คือภาวะเชิงปรณัยและภาวะเชิงอัตนัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 และ .83 ตามลำดับ ซึ่งแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษานำแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่

มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .91

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และเพชรี คันธสายบัว (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางลบ 9 ข้อ และข้อความทางบวก 9 ข้อ ให้ตอบเป็นระดับมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งใช้ในการศึกษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความตรงตามเนื้อหา คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .90 และค่าความเที่ยงโดยรวม .87

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยผู้ศึกษานำแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .86

3. เครื่องมือกักกับการศึกษา

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้ศึกษาและนำมาใช้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การคิดคะแนนโดยให้คะแนนข้อที่คำตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้ในการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความตรงตามเนื้อหา คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .93 และค่าความเที่ยงโดยรวม .80 ซึ่งแบบวัดความรู้

เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

2) การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สูตรคูเดออร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .83

3.2 แบบวัดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์และการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยปรับปรุงจากการศึกษาของผลทิพย์ ปานแดง (2547) และ พรสวรรค์ พูลกระจำง (2548) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 12 ข้อและข้อความทางลบ 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้ผู้ผู้ป่วยเลือกตอบ 1 คำตอบว่าถูกหรือผิด ให้คะแนนข้อที่ตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบวัดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้ในการศึกษาของ ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของการวัด และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตัดสินความตรงตามเนื้อหา คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .84 และค่าความเที่ยงโดยรวม .83 ซึ่งแบบวัดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์และการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

2) การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับความเข้าใจในการปฏิบัติตน การใช้ยาตามเกณฑ์และการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สูตรคูเดออร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .82

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. ระยะเตรียมการศึกษา

1) ผู้ศึกษาเตรียมความรู้และฝึกทักษะในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา และทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาคำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

- 2) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและจัดทำแผนการดำเนินงานการศึกษา
- 3) ประสานงานกับโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต เพื่อขอความร่วมมือในการทำโครงการศึกษาอิสระ โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในชุมชนเขตอำเภอไทรโยค โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ วิธีการ และระยะเวลาในการดำเนินการ
- 4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้ศึกษาเข้าพบผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวที่คลินิกจิตเวช หรือที่บ้านตามที่นัดหมายไว้ แนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม
- 5) หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมผู้ศึกษา ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมศึกษาและสอบถามข้อมูลทั่วไปและนัดเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้าน

2. ระยะดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้าน สัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 และสัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 3 - 23 มีนาคม 2551 ดังรายละเอียดดังนี้

| | |
|--------------|--|
| สัปดาห์ที่ 1 | กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ |
| สัปดาห์ที่ 2 | กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา |
| | กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท |
| สัปดาห์ที่ 3 | กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ |
| | กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม |

การกำกับการศึกษา หลังดำเนินการศึกษาสิ้นสุดทันที ผู้ศึกษาทำการกำกับการศึกษาโดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์และการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

3. ระยะประเมินผลการศึกษา

ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-test) ในวันแรกของผู้ดูแลและผู้ป่วยยินยอมเข้า

ร่วมการศึกษา โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ในวันที่ 3 มีนาคม 2551 และหลังจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสิ้นสุดแล้ว 2 สัปดาห์ ผู้ศึกษาจึงทำการวัดผลตัวแปรตาม โดยผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า สิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ โดยดำเนินการในวันที่ 2 เมษายน 2551

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ยร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดย หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน โดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และภาวะการดูแลของผู้ดูแล สามารถสรุปผลการศึกษา ดังนี้

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังจากได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม ($\bar{X} = 64.25$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ($\bar{X} = 48.85$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -12.07$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น สอดคล้องและตอบสนองมาตรฐานตามที่ได้ตั้งไว้ที่ว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

2. ภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ($\bar{X} = 2.91$) ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ($\bar{X} = 3.61$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีการะในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงอัตโนมัติ ($\bar{X} = 2.96$) และภาวะเชิงปรนัย ($\bar{X} = 2.86$) ลดลงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.67$, $\bar{X} = 3.54$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ดังนั้น จากผลจากการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น และทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและภาระในการดูแลของผู้ดูแล มีผลการศึกษาที่สำคัญแลอภิปรายได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65 ส่วนเพศหญิง ร้อยละ 35 มีอายุอยู่ในช่วง 41 – 50 ปี ร้อยละ 45 ศีรษะระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55 พบว่ามีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 55 มีรายได้ของครอบครัวในระดับพอเพียงร้อยละ 60 เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2-5 ครั้งร้อยละ 50 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีบิดาหรือมารดาเป็นผู้ดูแลและเป็นบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 55

จากผลการศึกษาดังกล่าวอภิปรายได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย พบมากที่สุดช่วงอายุ 41 – 50 ปี สถานภาพโสด สอดคล้องกับไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร (2534) ที่กล่าวว่าประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจะอยู่ในช่วงอายุ 15-54 ปี กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษา จากการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทผู้ป่วยส่วนใหญ่มีบิดาหรือมารดาเป็นผู้ดูแลและเป็นบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา รัตนกร (2536) ที่พบว่าแม่โครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย มีความรักใคร่กันดี แต่กลับพบว่าผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยคือมารดาผู้ป่วยจิตเภท

2. ผู้ดูแล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 มีอายุอยู่ระหว่าง 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 65 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 50 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 55 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นหญิงมีสถานภาพสมรสคู่ และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรัก ความผูกพันของมารดา เป็นลักษณะโดยธรรมชาติของความเป็นแม่ สำหรับประวัติการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการ

ดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมที่ 1 เกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ดูแลและสมาชิกมีต่อผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลและญาติส่วนใหญ่จะมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย คือ สงสาร ขอมอบ ให้ความสนใจ และเอาใจใส่ผู้ป่วย ที่สำคัญผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา จะมีทัศนคติที่ดี อดทน และเข้าใจผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ยอดศรี้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เรื้อรัง นานกว่า 2 ปี จะมีผลให้ญาติ หรือ บิดามารดา ได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแล ธรรมชาติของโรค มีทักษะในการเผชิญปัญหา และหาทางออกได้ดีขึ้นว่าการดูแลในระยะเวลาที่สั้นกว่า ขณะเดียวกันก็เริ่มทำใจได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ให้อภัยต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติที่ยังคงมีอยู่ในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ การดูแลระยะเวลานาน ช่วยให้เกิดการปรับตัว การนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ มารับยาต่อเนื่องให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การที่ญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ทำให้มีความเข้าใจ มั่นใจว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ (Yamashita, 1996) การมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย การได้ข้อมูลรวมทั้งแหล่งให้ความช่วยเหลือดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีทางเลือกในการแก้ไขปัญหาจากการดูแล เกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2.1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม และรายด้าน

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมก่อนและหลังการ ใช้โปรแกรม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม หลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ($\bar{X} = 64.25$) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวม ก่อนการได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 48.85$) และเมื่อจำแนกค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาออกเป็นรายด้าน ประกอบด้วยด้านการ ใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา หลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ($\bar{X} = 32.45$) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนการได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 25.65$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พบว่า ($\bar{X} = 31.80$) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาก่อนการได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 23.20$)

จากผลการศึกษาพบว่าภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรม

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ สามารถแก้ไขสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ โดยปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท การขาดทักษะในการจัดการกับอาการ รวมทั้งการขาดการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สารุพร พุฒขาว, 2541; อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) ซึ่งโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (Joining) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) โดยเฉพาะทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งการพัฒนาความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น และมีพฤติกรรมการใช้ยาได้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น (Ran, Xiang & Chan, 2003; Pitschel-Walz, Bauml, Bender et al., 2006) อีกทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เช่น ในกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการรับประทานอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ และในส่วนกิจกรรมที่ 3 จะทำให้ทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค

2.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาเป็นรายข้อ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษารายข้อ ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นในข้อการหยุดรับประทานยา โดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ จากการสอบถามผู้ป่วยบอกว่า

บางครั้งจะล้มรับประทานยา เนื่องจากชุมชนที่ผู้ป่วยและครอบครัวอาศัยอยู่ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม ทำให้บางครั้งต้องตื่นแต่เช้าไปช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพ จึงทำให้ล้มและหยุดรับประทานยาในมือนั้น โดยเฉพาะมือเช้า อีกทั้งญาติและผู้ดูแลไม่มีเวลา จึงทำให้บางครั้งล้มเดือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบทุกมื้อ และข้อการไม่รับประทานยารักษาอาการทางจิตเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขตส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับยาและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางคนคิดว่าเมื่อมีอาการทางจิตดีขึ้นก็สามารถที่จะหยุดรับประทานยารักษาอาการทางจิตได้ และเมื่อมีอาการ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด หรือเริ่มมีอาการหูแว่ว ก็จะรับประทานยารักษาอาการทางจิต รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทบอกว่า การรับประทานยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง ทำให้รู้สึกง่วงนอน ตัวแข็ง กลืนแข็ง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมภพ เรืองตระกูล (2536) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ฐานะยากจนและมีระดับการศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับ เกษม ต้นศิลาชีวะ (2536) ที่กล่าวว่า ยารักษาอาการทางจิตเป็นกลุ่มยาที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก และเกิดผลข้างเคียงขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ

2.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาเป็นรายข้อ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รายข้อ ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษาพบว่าภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีขึ้น โดยเฉพาะด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องต้องทราบถึงอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ดังนี้

3.1 คะแนนภาวะในการดูแลเชิงอัตนัยของผู้ดูแล พบว่าหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ($\bar{X} = 2.96$) ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรม ($\bar{X} = 3.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากภาวะในการดูแลเชิงอัตนัย หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติ เกิดเนื่องมาจากความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Montgomery et al., 1985) ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถช่วยลดภาวะด้านนี้ได้ เช่น ในกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย (Anderson et al., 1980) สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ วัฏจักรการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้พวกเขาสามารถให้ความร่วมมือในการรักษาได้เป็นอย่างดี และมีความรู้สึกเป็นภาวะในการดูแลเชิงอัตนัยลดลง ในส่วนของกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง (Lazarus & Folkman, 1984 & Montgomery et al., 1985) นอกจากนี้ในกิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงใน ทวีปประพิน สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดความเครียดซึ่งเป็น

ภาระเชิงอัตนัยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lim & Ahn (2003) ซึ่งพบว่า การใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดภาระเชิงอัตนัยได้

3.2 คะแนนภาระในการดูแลเชิงปรณัย พบว่า หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ($\bar{X} = 2.86$) ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรม ($\bar{X} = 3.54$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากการะเชิงในการดูแลเชิงปรณัย หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ (Montgomery et al., 1985) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแต่ละครั้ง มีการกำหนดวัตถุประสงค์เนื้อหา กิจกรรม อย่างมีโครงสร้างที่จะส่งผลในการช่วยลดภาระด้านนี้ได้ โดยในกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ ซึ่งผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว การแสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ และยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยความคิดความรู้สึก และเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว นอกจากนี้การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวในการเข้าร่วมกิจกรรม (สมจิต หนองเจริญกุล, 2540) ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเชิงปรณัยลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) ในส่วนของกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้การรับรู้ภาระในการดูแลเชิงปรณัยลดลง (Lazarus & Folkman, 1984 & Montgomery et al., 1985) สำหรับในกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการรับ ส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแล หรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม (เพชร คันธสายบัว, 2544) นอกจากนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัว ยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ มีทัศนคติต่อผู้ป่วยดีขึ้น รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) นอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ทำให้

ความรู้สึกเป็นการระในการดูแลเชิงประนัยลดลง (Thompson & Doll, 1993 อ้างถึงใน ทีปประพิณ สุขเกษม, 2543)

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับปรุงจากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) โดยพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (Joining) ในการดูแลประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยอาศัยหลักการของการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว การรับฟังปัญหาของครอบครัว การช่วยเหลือในด้าน การวางแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสม ลดความสับสนและความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือระดับประคอง ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์ การช่วยเหลือในระยะวิกฤติ การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพอาการ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม ครอบครัวสามารถยอมรับในความทุกข์ทรมาน ลดความรู้สึกเป็นการระ และความคับข้องใจจากการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตได้ (Anderson et al., 1980) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ran, Xiang & Chan (2003) ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว ญาติมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วย ส่งผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และFrancell (1998) ซึ่งพบว่า แนวทางที่จะช่วยลดภาวะครอบครัว คือ การให้ความรู้กับครอบครัว เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการจัดการกับภาวะวิกฤติ และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทีมรักษา และการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

สำหรับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในงานศึกษานี้ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และ การพัฒนาทักษะทางสังคม โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการ

ให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้านแล้ว ยังรวมไปถึงการให้การดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอีกด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ และมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์ เป็นการช่วยเหลือและการประคับประคองแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ลดการเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมกหมัวที่เกิดขึ้นในครอบครัว เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข (Kuiper, Lefl & Lam, 1992) มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม และส่งผลย้อนกลับให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะเชิงอัตนัยลดลง เนื่องจากภาวะเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติ เกิดเนื่องมาจากความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งอาการทางจิตรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น โดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ (Loukissa, 1995; Jones, 1996; Ip & Mackenzie, 1998) นอกจากนี้การให้ความรู้ดังกล่าวนี้จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง เป็นผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลลดลง (Montgomery, stull & Borgatta, 1985) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pakenham & Daddo (1987 อ้างถึงใน ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) พบว่า ครอบครัวที่ได้รับข้อมูลและการสอนวิธีการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวกับโรคจิตเภท จะทำให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ กังวลใจ การรับรู้ถึงภาระและประสบการณ์ความขัดแย้งของครอบครัวน้อยลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Pai & Kapur (1981) ซึ่งพบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยต่ำลง และครอบครัวจะมีการปรับตัวและทำหน้าที่ในสังคมได้ดีขึ้น

ดังนั้นสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่เหมาะสม มีผลต่อการลดภาระได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เป็นเพราะการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสร้างความร่วมมือของครอบครัวในการวางแผนการรักษา การค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท สามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม และผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว รวมทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง นับว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ รวมทั้งเป็นรูปแบบการให้บริการตามแนวทางการปฏิบัติระบบสุขภาพ ที่เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ หรือการแก้ไขปัญหา โดยการส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากการศึกษา พบว่าการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาถูกต้องดีขึ้น และผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลตนเอง สามารถสรุปข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ผู้ที่จะนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้ ควรเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เข้าใจในบทบาทของพยาบาล โดยควรมีการทำความเข้าใจกับเนื้อหาและขั้นตอนในแต่ละกิจกรรม และควรปรับระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เพื่อที่จะตอบสนองและสามารถแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริงและเกิดประสิทธิภาพอย่างสูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว

2. ในการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้ พยาบาลจำเป็นต้องดำรงและรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ตลอดระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในอำเภออื่นของจังหวัดกาญจนบุรีได้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยประชุมชี้แจงทำความเข้าใจและอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ ให้มีศักยภาพในการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ โดยมีการจัดทำคู่มือการใช้โปรแกรมนี้ เพื่อเป็นแนวทางให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง

4. จากการดำเนินการศึกษา พบว่าคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านซึ่งใช้ประกอบการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นสื่อที่สามารถทำความเข้าใจได้ด้วยตนเองและง่ายต่อการนำไปใช้ เป็นเสมือนคู่มือที่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ควรมีไว้ประจำบ้าน ดังนั้นหน่วยบริการงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้อง จึงควรสนับสนุนสื่อและเอกสารที่จำเป็นดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลที่เกิดขึ้นจากการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ โดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทั้งนี้เพื่อดูความต่อเนื่องและความคงอยู่ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2. ควรมีการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

3. จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา รายข้อ ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในข้อการหยุดรับประทานยา โดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปัญหาที่พบคือผู้ป่วยมักลืมรับประทานยา ดังนั้นในการทำการศึกษารั้งต่อไปควรเพิ่มกิจกรรมการฝึกทักษะของญาติและผู้ดูแลเกี่ยวกับการเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือมีสมุดบันทึกเกี่ยวกับการรับประทานยา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในเรื่องนี้ดีขึ้น

4. จากการทำกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พบว่าสมาชิกในครอบครัว ให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมเป็นอย่างดี ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นและผู้ดูแลมีการรับรู้การระการดูแลลดลง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการส่งเสริมให้สมาชิกของครอบครัวมีบทบาทที่ชัดเจนในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นและช่วยลดการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลัก