

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการศึกษา (The One Group Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้ศึกษาดังกล่าวตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ไว้ดังนี้ คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย จิตเภทหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาส่งมารักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 20 ครอบครัว โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ศึกษาได้ประยุกต์มาจากการศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างของโปรแกรม รูปแบบกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน มีกิจกรรมในโปรแกรมทั้งสิ้น 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 : การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 2 : การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 3 : การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 : การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 : การพัฒนาทักษะทางสังคม

กิจกรรมที่ 6: การสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของอุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Farragher (1999) และของเพชร คันธสายบัว (2544) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ มีค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .83

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือแบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาของผลทิพย์ ปานแดง (2547) และพรสวรรค์ พูลกระจ่าง (2548) ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .84

### การดำเนินการศึกษา

1. ระยะเตรียมการศึกษา เตรียมการในการสร้างเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา จากนั้นทำหนังสือประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อขอความร่วมมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดระยะเวลาในการดำเนิน จัดกลุ่มตัวอย่าง เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว แจ่งวัดดูประสงค์และขอความร่วมมือในการศึกษา โดยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ อธิบายขั้นตอนในการดำเนินโครงการ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และทำการประเมินพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) และนัดหมายวัน เวลา ในการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้าน

2. ระยะดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้านให้กับกลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2553 ถึงวันที่ 28 มีนาคม 2553 โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอนตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว จำนวน 20 ครอบครัวใช้ระยะเวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์ติดต่อกัน ดำเนินกิจกรรมที่ 1-5 แก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเป็นรายครอบครัวที่บ้านสัปดาห์ละ 5 วัน ๆ ละ 4 ครอบครัว ใช้ระยะเวลาในการดำเนิน กิจกรรมครั้งละ 45- 60 นาที จนครบ 20 ครอบครัว ส่วนกิจกรรมที่ 6 เป็นการสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์ ดำเนินกิจกรรมหลังเสร็จสิ้นแต่ละกิจกรรมภายใน 3 วัน จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 15 นาที โดยมีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 22-26 ก.พ.53 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 23-28 ก.พ.53 ดำเนินกิจกรรมที่ 6 ครั้งที่ 1

สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 1-5 มี.ค. 53 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 2-7 มี.ค. 53 ดำเนินกิจกรรมที่ 6  
ครั้งที่ 2

สัปดาห์ที่ 3 วันที่ 8-12 มี.ค.53 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 และ 9-14 มี.ค. 53 ดำเนินกิจกรรมที่ 6  
ครั้งที่ 3

สัปดาห์ที่ 4 วันที่ 15-19 มี.ค.53 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 16-21 มี.ค. 53 ดำเนินกิจกรรมที่ 6  
ครั้งที่ 4

สัปดาห์ที่ 5 วันที่ 22-26 มี.ค. 53 ดำเนินกิจกรรมที่ 5 และ 23-28 มี.ค. 53 ดำเนินกิจกรรมที่ 6  
ครั้งที่ 5

3. ระยะเวลาประเมินผลการศึกษา หลังสิ้นสุดโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีการกำกับการศึกษาทันที ด้วยแบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และหลังจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสิ้นสุดแล้ว 1 สัปดาห์ ผู้ศึกษาจึงทำการวัดผลตัวแปรตามโดยผู้ศึกษานัดพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ 4 เมษายน 2553 และขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณโดยดำเนินการ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภททั้งรายด้าน และโดยรวม ทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Dependent t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

#### สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเหมาะสมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

## อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีผลการศึกษาที่สำคัญและอภิปรายได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 อายุพบมากที่สุดอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 40 สถานภาพ โสด ร้อยละ 70 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 55 และไม่มีรายได้ ร้อยละ 60 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 10-19 ครั้ง ร้อยละ 50 และมีมารดาเป็นผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 40

จากผลการศึกษาดังกล่าวอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายพบมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 40 – 49 ปี สถานภาพสมรส โสด สอดคล้องกับ ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร (2534) ที่กล่าวว่าประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจะอยู่ในช่วงอายุ 15-54 ปี กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ว่างงาน ไม่มีรายได้ เป็นของตัวเองต้องพึ่งพิงผู้ดูแลในทุกๆ ด้าน

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวทั้ง 6 กิจกรรม เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เน้นความรู้และทักษะเกิดการยอมรับสภาพการเจ็บป่วย เกิดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า รวมถึงการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์หลังการได้รับโปรแกรมมีค่าสูงขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ รวมถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจาก

ยา การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารทางบวกเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเองและตนเองสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่นได้ การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพนำไปสู่การมีทักษะในการดูแลตนเอง (เพชรี คันธสายบัว, 2544) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมดูแลตนเอง (Bakker & Kastermans, 1994)

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับปรุงจากการศึกษาของจิราพร รักรการ (2549) โดยพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิตโดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (Joining) ในการดูแล ประกอบด้วยการสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยอาศัยหลักการของการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว การรับฟังปัญหาของครอบครัว การช่วยเหลือในด้านการวางแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ อย่างเหมาะสม ลดความสับสนและความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือ ประคับประคอง ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์ การช่วยเหลือในระยะวิกฤติ การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพอาการและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใช้ยาที่เหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ran, Xiang & Chan (2003) ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว ญาติมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

สำหรับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในงานศึกษานี้ ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาทักษะทางสังคมและสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์ในวันที่ 3 ภายหลังจากเสร็จสิ้น แต่ละกิจกรรม โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้านแล้วยัง

รวมไปถึงการให้การดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอีกด้วย ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้มีความเข้าใจ และมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์ เป็นการช่วยเหลือและการประคับประคองแก่ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล ลดการเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมกหมัวที่เกิดขึ้นในครอบครัว เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข (Kuiper, Leff & Lam, 1992)

ดังนั้นสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่เหมาะสม ทั้งนี้เป็นเพราะการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสร้างความร่วมมือของครอบครัวในการวางแผนการรักษา การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาและการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท สามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม รวมทั้งเป็นรูปแบบการให้การบริการตามแนวทางการปฏิบัติระบบสุขภาพที่เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ หรือการแก้ไขปัญหาโดยการส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

#### ข้อเสนอแนะ

จากการให้การพยาบาลตามแผนการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สำหรับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในการศึกษารั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลยังมีความต้องการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค ความจำเป็นในการรักษา การประเมิน และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากรักษาอาการทางจิต บางครอบครัวมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้าน การใช้ชีวิตเพื่อการหาเลี้ยงชีพ ทำให้พบปัญหาของการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ดังนั้นจึงขอเสนอแนะในการนำแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ ดังนี้

1. การนำแผนการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลไปใช้ควรปรับระยะเวลาในการดำเนินการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวให้เข้ากับความเป็นอยู่ใน การดำเนินชีวิตตามสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว นั้นมีประโยชน์สูงสุด ต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล
2. ควรมีการติดตามประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย จิตเภท เป็นระยะๆ ทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี เพื่อดูการคงอยู่ของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท
3. จากการดำเนินการศึกษา พบว่าคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านซึ่งใช้ประกอบการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นสื่อที่สามารถทำความเข้าใจได้ด้วย

ตนเองและง่ายต่อการนำไปใช้เป็นเสมือนคู่มือที่ผู้ดูแลควรมีไว้ประจำบ้าน ดังนั้นหน่วยบริการงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้องจึงควรสนับสนุนสื่อและเอกสารที่จำเป็นดังกล่าว

#### ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในบริบทหรือลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ส่งผลต่อปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

2. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง