

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One group pretest – posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์

สมมติฐานการศึกษา

การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี หลังได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD – 10) ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ จำนวน 20 คน

2.2 ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ

แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะประเมินผลการศึกษาจากผู้ดูแลในครอบครัวเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาได้แก่ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ (Family psychoeducation program and telephone follow - up) ซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับปรุงจากการศึกษาของ จิราพร รักษการ (2549) ที่พัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว ของ Anderson Hogarty & Reiss (1980) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสม

ของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน ในโปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ
- กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา
- กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท
- กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
- กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม
- กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ สมรส ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสัมภาษณ์การในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษานำแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .93

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาได้ใช้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ โดยมีเกณฑ์กำกับการศึกษาคือภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ผู้ศึกษาได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยง โดยรวมเท่ากับ .81

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

- 1.1 เตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ
- 1.2 การเตรียมตัวผู้ศึกษาได้เตรียมความรู้และฝึกทักษะในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่าน หนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา
- 1.3 ประสานงานกับโรงพยาบาลชลประทาน เจ้าหน้าที่และ อาสาสมัครที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการทำโครงการศึกษาอิสระ โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ วิธีการ และระยะเวลาในการดำเนินการ
- 1.4 เตรียมผู้ช่วยในการศึกษา เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ซึ่งผู้ศึกษาได้ร่วมกันวางแผนและชี้แจงรายละเอียด กิจกรรมให้ชัดเจนก่อนดำเนินการ
- 1.5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ครอบครัว ตามขั้นตอน การคัดเลือก แนะนำตัวอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม
- 1.6 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมศึกษา ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม เข้าร่วมศึกษาและสอบถามข้อมูลทั่วไปและนัดเข้าร่วมกิจกรรมตาม โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว โดยการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้านจำนวน 20 ครอบครัว ใช้ระยะเวลาในการดำเนิน กิจกรรมครั้งละ 45 – 60 นาทีวันละ 4 ครอบครัว บ่าย 2 ครอบครัว เย็น 2 ครอบครัวรวม 5 วัน / สัปดาห์ จนครบ 20 ครอบครัว

สัปดาห์ที่ 1	ดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 6
สัปดาห์ที่ 2	ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 6
สัปดาห์ที่ 3	ดำเนินกิจกรรมที่ 3 และ 6
สัปดาห์ที่ 4	ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 6
สัปดาห์ที่ 5	ดำเนินกิจกรรมที่ 5 และ 6

ผู้ศึกษาประเมินความรู้ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยแบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นเครื่องมือการกำกับการศึกษา หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ทันทีพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกคน มีคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไปซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์แล้ว 1 สัปดาห์ที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท รวมระยะเวลาในการจัดกระทำและประเมินผลทั้งสิ้น 5 สัปดาห์โดยผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุดเดิม และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาคำนวณ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาและการติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent T-test

ขั้นสรุปผลการดำเนินโครงการและรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาประเมินภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ไปแล้ว 1 สัปดาห์โดยดำเนินการในระหว่างวันที่ 23 - 27 เมษายน 2551 ที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท รวมระยะเวลาในการจัดกระทำและประเมินผลทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงความขอบคุณ

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอปากเกร็ด ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม ($\bar{X} = 2.49$) ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ ($\bar{X} = 3.90$) และมีภาระรายด้าน คือ ภาระเชิงปรัณัย ($\bar{X} = 2.32$) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 4.30$) และภาระเชิงอัตรณัย หลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ ($\bar{X} = 2.67$) ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรม ($\bar{X} = 4.31$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .05 ($t = 16.28, 11.56$ และ 13.46 ตามลำดับ)

ดังนั้นจากผลการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ทำให้ภาระในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาการใช้ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี มีผลการศึกษาที่สำคัญและอภิปรายได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 40- 49 ปี ร้อยละ 55 และมีสถานภาพโสด ร้อยละ 90 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75 โดยระยะเวลาในการเจ็บป่วย 10 ปีขึ้นไปร้อยละ 50

จากผลการศึกษาดังกล่าวอภิปรายได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย พบมากที่สุดช่วงอายุ 41 – 50 ปี สถานภาพโสด สอดคล้องกับผลการศึกษาของไพรัตน์ พลฤษชาติคุณากร (2534) ที่กล่าวว่าประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจะอยู่ในช่วงอายุ 15-54 ปี และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95 มีอายุระหว่าง 50- 59 ปี ร้อยละ 55 สถานภาพคู่ ร้อยละ 45 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45 และส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีรายได้ไม่พอเพียงกับ

รายจ่าย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 60 และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นหญิงมีสถานภาพสมรสคู่ และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรัก ความผูกพันของมารดา เป็นลักษณะโดยธรรมชาติของความเป็นแม่ ซึ่งการที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทผู้ป่วยส่วนใหญ่มีมารดาเป็นผู้ดูแลและเป็นบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภทนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา รัตนกร (2536) ที่พบว่าผู้ที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยคือบิดาและ/หรือมารดาผู้ป่วยจิตเภท

สำหรับประวัติการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี ซึ่งการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเรื้อรังดังกล่าวทำให้การดำเนินกิจกรรมที่ 1 เกี่ยวกับความรู้สึที่ผู้ดูแลและสมาชิกมีต่อผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลและญาติส่วนใหญ่จะมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย คือ สงสาร ขอมอบ ให้ความสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย ที่สำคัญผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา จะมีทัศนคติที่ดี อดทน และเข้าใจผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เรื้อรังกว่า 2 ปี จะมีผลให้ญาติ หรือ บิดามารดา ได้เรียนรู้ถึงวิธีการดูแล ธรรมชาติของโรค มีทักษะในการเผชิญปัญหา และหาทางออกได้ดีขึ้นกว่าการดูแลในระยะเวลาที่สั้นกว่า ขณะเดียวกันก็เริ่มทำใจได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ให้อภัยต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติที่ยังคงมีอยู่ในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การดูแลระยะเวลานาน ช่วยให้เกิดการปรับตัว การนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ มารับยาต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การที่ญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ทำให้มีความเข้าใจ มั่นใจว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ การมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย การได้ข้อมูลรวมทั้งแหล่งให้ความช่วยเหลือผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีทางออกในการแก้ไขปัญหาจากการดูแล เกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่า ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการสอน สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้งภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัยต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน แสดงให้เห็นว่าการได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว และการติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง ผู้ศึกษาจะขออภิปรายผลการศึกษานี้ตามผลที่เกิดกับการดูแลในภาพรวมและรายด้าน ดังนี้

2.1 โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ช่วยทำให้การระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมลดลงหลังได้รับโปรแกรมทั้งนี้เนื่องจากการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวช่วยให้เกิด การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีความร่วมมือระหว่าง ผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (Anderson et. Al., 1980) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคอง และการให้คำปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Anderson Hogarty & Reiss, 1980) แสดงความห่วงใยเอาใจใส่ ให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงความเจ็บป่วย การป้องกันและช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งให้เห็นความสำคัญ การนำเทคนิคการคลายเครียดไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน การสื่อสารทางบวก และ การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุกาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย มีกิจกรรมที่มุ่งความสำคัญไปที่การให้ความรู้ และการฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ หรือกับญาติผู้ดูแลหลักเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคลที่บ้าน นอกจากนี้การเล็งเห็นความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ให้การยอมรับในการแสดงบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระลดลง การมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ (Yamashita, 1996; Pai & Kapur, 1981 Fowler, 1992; Bemheim, 1998 อ้างถึงใน ทานตะวัน เข้มบุญเรืองและครุณี คชพรหม, 2543)

2.2 เมื่อพิจารณาการดูแลจำแนกตามรายด้าน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.2.1 การเชิงประนัยของผู้ดูแล พบว่าคะแนนการระในการดูแลเชิงประนัยจำแนก

รายข้อทุกข้อหลังการใช้โปรแกรม ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 12 ข้อ เนื่องจากการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาและการติดตามทางโทรศัพท์แต่ละครั้ง มีการกำหนดวัตถุประสงค์เนื้อหากิจกรรม เช่น การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจทำให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีกันในครอบครัวโดยเฉพาะระหว่างผู้ป่วยผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใยเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความพร้อมและมีความต้องการ การเรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล,

2540) ร่วมมือในการบำบัดรักษานำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตนเอง มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น การพัฒนาทักษะทางสังคมเน้นเรื่องการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีในสังคมเป็นการช่วยลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่นนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันธสายบัว, 2544) นับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแล (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) เพราะจะทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และเกิดความเข้าใจอันดีภายในครอบครัว (นภัสศิริ คำสอน, 2548) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างในการแก้ปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตัวเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) สำหรับ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดเวลาและความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ภาระเชิงปรนัยลดลง

2.2.2 ภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแลพบว่า ภาระในการดูแลเชิงอัตนัยจำแนกตามรายชื่อทุกข้อ หลังการใช้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 12 ข้อ เนื่องจากในกิจกรรมการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทจะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ วัธีปฏิบัติตัวในการอาศัยร่วมกับผู้ป่วย จะช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (Yamashita, 1996 อ้างถึงใน ครุณี คชพรหม, 2543) จึงทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเชิงอัตนัยลดลง การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นเรื่องที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยให้ทราบและสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ด้วยตัวเอง และมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง (Lazarus & Folkman, 1984 ; Montgomery et. Al., 1985) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม เป็นการช่วยลดภาระด้านอัตนัย การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984)

การส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบ สบายมีสุขภาพจิตดี (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น ลดความเครียดให้น้อยลงได้ จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ส่งผลให้ลดภาระทางด้านอัตรานัยลดลง

2.2.3 การเชิงประนัยจำแนกรายข้อพบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนการข้อ 1 “ การดูแลผู้ป่วย รบกวนกิจวัตรประจำวัน ” ต่ำที่สุด ($\bar{X}=2.20$) หลังได้รับ โปรแกรม อภิปรายได้ว่า การที่ผู้ดูแล ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม ทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีความไว้วางใจกัน ร่วมมือกันทำกิจกรรมและร่วมมือกันช่วยเหลือผู้ป่วย การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ทำให้ทุกคนเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ทำให้สมาชิกเข้าใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยที่จะมีอาการกำเริบ บอกถึงวิธีการจัดการกับอาการที่ผิดปกติ หรืออาการเตือนที่เกิดขึ้น การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ทำให้สมาชิกทุกคนทราบถึงวิธีการประเมินความเครียด ความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการคลายเครียดไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การพัฒนาทักษะทางสังคม ทำให้สมาชิกสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารที่ดีและมีคุณภาพนอกจากนั้นยังนำกิจกรรมการติดตามทางโทรศัพท์มาใช้เพื่ออำนวยความสะดวก การกระตุ้นเตือน การตอบปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นหลังการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งจะทำให้ผู้ดูแล มีความรู้อย่างต่อเนื่อง และสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ ทำให้มีเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ภาระด้านนี้จึงมีคะแนนต่ำที่สุด

2.2.4 การเชิงอัตรานัยจำแนกรายข้อพบว่า ข้อ 5 “ ท่านรู้สึกเศร้า จากการดูแลผู้ป่วย ” มีคะแนนการในการดูแลต่ำที่สุด ($\bar{X}=2.35$) หลังได้รับ โปรแกรม อภิปรายได้ว่า การที่ผู้ดูแล ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวหลังเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมแล้ว ทำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ทำให้สมาชิกทุกคนทราบถึงวิธีการประเมินความเครียด ความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการคลายเครียดไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การพัฒนาทักษะทางสังคม ทำให้สมาชิกสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารที่ดีและมีคุณภาพนอกจากนั้นยังนำกิจกรรมการติดตามทางโทรศัพท์มาใช้เพื่ออำนวยความสะดวก การกระตุ้นเตือน การตอบปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นหลังการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งจะ

ทำให้ผู้ดูแล มีความรู้อย่างต่อเนื่อง และสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ ทำให้ผู้ดูแลคลายความทุกข์ใจ
กังวลใจ ทำให้ความรู้สึกเครียดลดลง

นอกจากนั้นการที่ผู้ศึกษาได้นำการติดตามทางโทรศัพท์มาประยุกต์เป็นกิจกรรมที่ 6 และ
ดำเนินการเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 1 – 5 ภายใน 3 วันช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระในการดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทลดลงเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อกระตุ้นแนะนำ เสริมแรง ตอบปัญหาข้อข้องใจ
การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งความรู้ คำแนะนำต่างๆ หลังการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสอน
สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว เป็นที่ปรึกษาและเป็นขวัญกำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การตอบ
ปัญหาและช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นขณะผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การติดตามทางโทรศัพท์
ถือเป็นการจัดสิ่งรื้อใหม่ เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา (Mcintosh & Worley, 1994)
จึงเป็นกิจกรรมที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแล จัดงานเนื้อหาการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรม เช่น กิจกรรมที่ 1
การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ จะช่วยเน้นย้ำความรู้ที่ที่ดี ๆ ต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยน
พฤติกรรมไปในทางที่ดี ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการลดลง กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ
เกี่ยวกับโรค และการรักษา จะช่วยเน้นย้ำความเข้าใจเรื่องอาการ การรักษา การสังเกตอาการ
ข้างเคียงของยาและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นด้วยความห่วงใยทำให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดี
ต่อกัน ส่งผลให้ลดภาระในการดูแล กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา
ของผู้ป่วยจะช่วยเน้นย้ำ ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรค วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่
เป็นปัญหาอย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยปลอดภัย ส่งผลให้ลดภาระในการดูแลผู้ป่วย กิจกรรม
ที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยเน้นย้ำการประเมินและวิเคราะห์
ความเครียดด้วยตนเอง การจัดการกับความเครียด การผ่อนคลายความเครียด ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล
เข้าใจและนำเทคนิคต่าง ๆ ไปใช้และช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะ
ทางสังคม ช่วยเน้นย้ำการสื่อสารทางบวกให้ผู้ดูแลได้อย่างสม่ำเสมอ ระบบสนับสนุนทางสังคม
และเครือข่ายให้ผู้ดูแลได้มีทางออกในการแก้ปัญหาต่างๆ มากขึ้นช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้ง
ในด้านปรนัย และอัตนัย

ดังนั้นสรุปได้ว่า โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทาง
โทรศัพท์ มีผลต่อการลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก
โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วย
และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรค รู้วิธีการดูแล
ผู้ป่วย การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ได้เรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาและ ฝึกทักษะ
ในการเผชิญปัญหา รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ซึ่งกันและกันภายในครอบครัว
ตลอดจนมีทักษะในการสื่อสารและเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
จิตเภทได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไปด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำเอาโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตรายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ ไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เนื่องจากเป็นลักษณะของการให้ความช่วยเหลือทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในครอบครัวนับเป็นบริบทที่มีความสำคัญที่สุดในการที่จะให้ความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเภท ทั้งยังเป็นโปรแกรมที่จะช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ตลอดจนช่วยให้เกิดสัมพันธภาพและความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นในครอบครัว และชุมชน

2. การนำโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตรายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ไปใช้ ผู้ที่จะนำโปรแกรมนี้อไปใช้ต้องเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์และพื้นฐานการสอน การทำกลุ่ม มีความรู้ความเข้าใจในบริบทของครอบครัว รวมทั้งมีความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ควรมีการทำความเข้าใจกับเนื้อหา และขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมนีก่อนนำไปใช้ ถ้าจะใช้โปรแกรมนี้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการก่อนทุกครั้ง

3. ควรมีการอบรมเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเขตอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เพื่อให้มีความรู้ในการนำโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาและการติดตามทางโทรศัพท์ ไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีการติดตามนิเทศ / การเป็นพี่เลี้ยงจากพยาบาลซึ่งจบปริญญาโททางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีอยู่ในระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ เช่น จากสถานีอนามัยแม่ข่าย โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ฯลฯ เพื่อช่วยเหลือ และดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิดและผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามผลระยะยาว เพื่อเป็นการเสริมความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการติดตามผลระยะยาวอาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลน้อยลงอย่างต่อเนื่อง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีผลต่อการลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้

2. ควรมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตรายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ ระหว่างอยู่โรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยใน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนออกชุมชนในเรื่องการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และการพัฒนาทักษะทางสังคม