

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (One group pre – post test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

สมมุติฐานการศึกษา

ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา หลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 20 คน จากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วย ที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเสนา โดยมีการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้
 - 2.1 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย และรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก ไม่จำกัดเพศ การศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ
 - 2.2 มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
 - 2.3 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เคยได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มมาก่อน
 - 2.4 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษานี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 3 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม เป็นโปรแกรมซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) โดยในโปรแกรมนำแนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เนื้อหาในกิจกรรมนำมาจากเทคโนโลยีการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภท (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541) และเทคโนโลยีการให้ความรู้และทักษะแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2547) มีการดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง ดังนี้

- กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ
- กิจกรรมครั้งที่ 2 การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- กิจกรรมครั้งที่ 3 การจัดความคิดที่ไม่ถูกต้องและพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- กิจกรรมครั้งที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับ อายุ เพศ การเข้ารับการรักษา อาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย ระดับการพึ่งพาตนเอง และการใช้สารเสพติด ของผู้ป่วยในระยะ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ซึ่แบบวัดภาวะในการดูแล นำมาจากการศึกษาของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของ Montgomery, et al. (1985) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มีปัญหาในการดูแล ซึ่งแบบวัดนี้ประกอบด้วยภาวะ 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 24 ข้อ มีการประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน คำนวณค่าตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิและค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ได้ค่าเท่ากับ .94 ค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .93 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษานำไปหาความเชื่อมั่นซ้ำอีกครั้ง โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยหาสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 และในกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา คือ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นเพื่อทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแล โดยเนื้อหาสอดคล้องและครอบคลุมกับกิจกรรมในโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ทั้ง 4 กิจกรรม โดยมีข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 15 ข้อ และเชิงลบ 5 ข้อ

- กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามที่ให้เลือกตอบ 1 คำตอบว่า ถูก หรือ ผิด ให้คะแนนข้อที่คำตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0 คะแนน

- เกณฑ์การคิดคะแนน โดยการประเมินความรู้ของผู้ดูแล ต้องตอบถูกร้อยละ 75 ขึ้นไป จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ หลังจากเสร็จสิ้น โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนที่ได้จากการประเมินความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ มีความรู้มากกว่าร้อยละ 75

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และค่าความเที่ยง (Reliability) โดยผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรครุเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาดำเนินโครงการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา โครงการศึกษาอิสระที่กล่าวมาในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.2 การเตรียมตัวผู้ศึกษา

1.2.1 ผู้ศึกษาได้ศึกษากระบวนการ และวิธีการดำเนินการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม จากการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ

1.2.2 ฝึกปฏิบัติ เรียนรู้ เทคนิค วิธีการ และดำเนินการฝึกกระบวนการกลุ่มในหอผู้ป่วย จากสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ และสามารถดำเนินการกลุ่มได้ด้วยตนเอง

1.3 เตรียมสถานที่ในการทำโครงการ โดยติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลเสนา ในการขอความร่วมมือในการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างโครงการศึกษาอิสระ และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในคลินิกจิตเวช โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ ระยะเวลา ในการดำเนินโครงการ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ วัน เวลา ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการศึกษา

1.4 เตรียมผู้ช่วยศึกษา จำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นผู้ช่วยกลุ่มสังเกต และจัดบันทึกพัฒนาการของกลุ่มขณะดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งผู้ช่วยศึกษามีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา กิจกรรมต่างๆในการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม วิธีการสัมภาษณ์ และการดำเนินการศึกษา

ตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยศึกษาซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้เข้าใจถึงบทบาทของตนได้ชัดเจน

1.5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลเสนา พบผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช จำนวน 20 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้ศึกษาแนะนำตัวเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มกับผู้ดูแล หากผู้ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตอบตกลงเข้าร่วมการศึกษา จึงให้ผู้ดูแลเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม ประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบวัดภาวะการดูแล (Pre-Test) ก่อนได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม และนัดหมายวัน-เวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม

1.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการมารับบริการแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

2. ขั้นตอนโครงการ

ผู้ศึกษาดำเนินโครงการโดยใช้โปรแกรมสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มให้กับกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องประชุมพลอยไพลิน โรงพยาบาลเสนา โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอน ตามโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม 4 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 2 ในสัปดาห์แรก และกิจกรรมที่ 3 และ 4 ในสัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม 60-90 นาที โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน

ผู้ศึกษาประเมินการกำกับการศึกษาโดย ประเมินความรู้ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ด้วยแบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ครั้งที่ 4

3. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาประเมินภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มตัวอย่าง (Post-test) ด้วยแบบวัดภาวะการดูแล 2 สัปดาห์ หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลัง

การใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาคำนวณ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent T-test)

สรุปผลการศึกษา

พบว่าผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งโดยรวมและรายด้าน คือ ภาระเชิงปรนัย และภาระเชิงอัตนัย หลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($t = 17.06, 15.66$ และ 15.82 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานคือ ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเสนา ผลการศึกษา พบว่า ภาระโดยรวมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม หลังการใช้โปรแกรม ต่ำกว่า ก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการใช้โปรแกรม ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัยต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ช่วยให้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง โดยผู้ศึกษาจะขออภิปรายผลจำแนกตามผลที่เกิดกับภาระการดูแลในภาพรวมและรายด้าน ดังนี้

1. โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ช่วยให้อาการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมลดลง หลังได้รับ โปรแกรม ทั้งนี้เนื่องจาก กิจกรรมและกระบวนการที่ใช้ในโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การสอนให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย และจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพื่อป้องกันการมีอากรมากขึ้น การรู้จักจัดความคิดและความรู้สึกด้านลบ อันจะมีผลต่อจิตใจและ

การดูแลผู้ป่วย สอนให้ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการพัฒนาทักษะทางสังคม เช่น การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ วิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ซึ่งการให้ความรู้หรือข้อมูลคำแนะนำอื่น ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ทั้งจากพยาบาลและสมาชิกผู้ดูแลในกลุ่มเดียวกัน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pakenham and Daddo (1987 อ้างใน ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540) พบว่า ครอบครัวที่ได้รับข้อมูลและการสอนวิธีการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวกับโรคจิตเภท จะมีประสบการณ์ทางอารมณ์ในด้านลบ และจะรับรู้ถึงภาระและประสบการณ์ความขัดแย้งของครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Pai and Kaper (1981) พบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยต่ำลง และครอบครัวจะมีการปรับตัวและทำหน้าที่ในสังคมได้ดีขึ้น

นอกจากนี้ในการที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทได้เข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม เพื่อดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 ครั้ง ผู้ศึกษาได้ดำเนินกระบวนการกลุ่มตามระยะพัฒนากลุ่ม 3 ระยะ ของ Marram (1978) คือ ในระยะสร้างสัมพันธภาพ ผู้ศึกษาได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล โดยการแนะนำตนเอง อธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงเหตุผลของการเข้าร่วมกลุ่ม พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้ารับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม แจ็งวัตถุประสงค์และข้อตกลงของการเข้ากลุ่ม ทำให้สมาชิกเข้าใจชัดเจน ดังที่มาราม (Marram, 1978) กล่าวว่า สัมพันธภาพภายในกลุ่ม และการเข้าใจวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่มอย่างชัดเจน ภายใต้บรรยากาศของความเป็นมิตร จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย รู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน กล้าระบายความคิด ความรู้สึกทุกข์ใจ กล้าแสดงความคิดเห็นของตน กล้าเปิดเผยตัวเองกับกลุ่มผู้ดูแล และมีความมั่นใจในการให้และการรับความช่วยเหลือจากสมาชิก

สำหรับในระยะแก้ไขปัญหาร่วมกัน และให้ความรู้ การที่ผู้ดูแลมีโอกาสดอกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาความรู้สึกนึกคิดของตน ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่า ทุกคนในกลุ่มก็เผชิญปัญหาหรือความทุกข์เหมือนกัน มิใช่แต่ตนเองที่มีปัญหา ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความเป็นสากล ดังที่ Marram (1978) กล่าวว่า การที่บุคคลรู้และเข้าใจปัญหาของตน จะทำให้ลดความกังวล การที่ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ในกลุ่ม จะช่วยทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับความช่วยเหลือระดับรองจากพยาบาลและสมาชิกกลุ่ม ทำให้รู้สึกว่าตนมีคุณค่า ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และผู้ป่วยได้ดีขึ้นส่งผลให้ภาระเชิงอัตนัยลดลงได้

ในระยะสิ้นสุดกลุ่ม ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของการดำเนินกระบวนการกลุ่มในทุกกิจกรรม จะมีการประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลง และความสำเร็จของกลุ่ม จากวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น และซักถามส่วนที่ยังไม่เข้าใจหรือปฏิบัติไม่ได้ ซึ่งกระบวนการ

ดังกล่าวนี้ จะเป็นการทบทวนและต่อยอด ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ภาระการดูแลลดลงได้

2. เมื่อพิจารณาภาระการดูแลและจำแนกตามรายด้าน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.1 คะแนนภาระเชิงประนัยของผู้ดูแล พบว่า คะแนนภาระในการดูแลเชิงประนัยจำแนกตามรายข้อทุกข้อหลังการใช้โปรแกรม ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 12 ข้อ ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มแต่ละครั้ง มีการกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม อย่างมีโครงสร้างโดยกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เกิดความไว้วางใจกล้าเปิดเผยความคิดความรู้สึก เกิดความร่วมมือในการค้นหาปัญหา และทำให้กลุ่มดำเนินจนบรรลุวัตถุประสงค์ การที่ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยวเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกที่กล่าวว่า “ การที่เข้ามาในกลุ่ม ได้พูดคุยได้ฟังเรื่องคนอื่น ทำให้รู้สึกดีขึ้น เพราะมีคนที่มีทุกข์เหมือนกัน” ประกอบกับกิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคมเน้นเรื่องการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ทำให้ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและสังคมเป็นการช่วยลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นได้ สำหรับกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดเวลาและความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ภาระการดูแลเชิงประนัยลดลง

2.2 เมื่อพิจารณาคะแนนภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแล พบว่า ภาระในการดูแลเชิงอัตนัยจำแนกตามรายข้อทุกข้อ หลังการใช้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 12 ข้อ เนื่องจาก ในกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ รู้วิธีการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย จะช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (Yamashita, 1996 อ้างใน ครุณี คชพรหม , 2543) จึงทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเชิงอัตนัยลดลง ส่วนในกิจกรรมที่ 3 การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้องและพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ดูแลได้สำรวจอารมณ์ ความรู้สึกที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย มีการจัดการกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาเพื่อให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการปัญหาและการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม รู้จักวิธีการผ่อนคลายและสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคได้ ส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระเชิงอัตนัยในการดูแลลดลง

สรุปได้ว่า โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ทำให้ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลลดลง เป็นผลที่เกิดจากการที่ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น รู้วิธีการดูแลผู้ป่วย เพื่อไม่ให้อาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ มีแนวทางในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย รวมถึงการได้รับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจซึ่งกันและกัน

ภายในกลุ่ม ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1. ในด้านการบริการพยาบาล พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ซึ่งมีกิจกรรมหลักๆ ที่สำคัญ คือ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้องและการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการพัฒนาทักษะทางสังคม ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลหรือในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. การนำกิจกรรมในโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มไปใช้สามารถปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแลแต่ละกลุ่มได้

3. เรื่องระยะเวลา ความถี่ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมกลุ่ม ได้มีผู้ศึกษาไว้หลากหลาย แต่ครั้งนี้มีข้อสังเกตว่า การดำเนินกลุ่ม 2 ครั้ง ต่อวัน ผลของกลุ่มเป็นไปได้ด้วยดี และที่สำคัญ สะดวกและประหยัดเวลาของผู้ดูแล

4. การนำโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มไปใช้ ผู้ที่จะนำโปรแกรมนี้อำนาจไปใช้ต้องเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์และพื้นฐานการสอน การทำกลุ่ม รวมทั้งมีความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ควรมีการทำความเข้าใจกับเนื้อหา และขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมนีก่อนนำไปใช้ ถ้าจะใช้โปรแกรมนี้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามผลระยะยาว เพื่อเป็นการเสริมความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการติดตามผลระยะยาวอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะได้มากขึ้น เพราะถ้าผู้ดูแล ดูแลผู้ป่วยได้ดี อากาศผู้ป่วยสงบไม่รบกวนผู้ดูแล การรับรู้ว่าเป็นภาระ หรือปัญหาในการดูแลจะลดลง

2. ควรมีการศึกษาก่อนทดลองหรือกึ่งทดลอง โดยมีกลุ่มควบคุมเพื่อเป็นการเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท