

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วย ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คน ผลการศึกษานำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็นส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยระหว่าง

ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะเชิงปรนัยและเชิงอัตนัย

ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่ม

ทดลอง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะเชิงปรนัยและเชิงอัตนัย

ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่ม

ทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (N=12)		กลุ่มทดลอง (N=12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	6	50.0	8	66.7
หญิง	6	50.0	4	33.3
อายุ				
24 - 39 ปี	3	25.0	3	25.0
40 - 59 ปี	8	66.7	7	58.3
60 ปีขึ้นไป	1	8.3	2	16.7
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	8	66.7	12	100.0
มัธยมต้น	1	8.3	0	0.0
มัธยมปลาย/ป.ว.ช.	1	8.3	0	0.0
ปริญญาตรี	2	16.7	0	0.0
อาชีพ				
เกษตรกรรวม	6	50.0	8	66.7
รับจ้าง	2	16.7	2	16.7
ค้าขาย	2	16.7	1	8.3
รับราชการ	1	8.3	0	0.0
ว่างงาน	1	8.3	1	8.3

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (N=12)		กลุ่มทดลอง (N=12)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
โสด	1	8.3	1	8.3
คู่	10	83.3	10	83.3
หม้าย/หย่า/ร้าง	1	8.3	1	8.3
รายได้				
ต่ำกว่า 2,000	4	33.3	5	41.7
2,001 – 5,000	3	25.0	3	25.0
5,001 – 10,000	2	16.7	1	8.3
10,001 ขึ้นไป	3	25.0	3	25.0
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย				
ต่ำกว่า 6 ปี	3	25.0	1	8.3
6 – 10 ปี	7	58.3	7	58.3
11 – 15 ปี	1	8.3	2	16.7
16 ปีขึ้นไป	1	8.3	2	16.7
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
สามี / ภรรยา	2	16.7	0	0.0
บิดา / มารดา	5	41.7	10	83.3
พี่ / น้อง	5	41.7	1	8.3
บุตร	0	0.0	1	8.3

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน ทั้งหมด 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม ควบคุม เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) เป็น เพศชาย ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 40 - 59 ปีเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 58.3 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดทั้งในกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 66.7 และร้อยละ 100 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อาศัยที่นคร ธรรม คิดเป็น ร้อยละ 50 ในกลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 66.7 สถานภาพ สมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.3 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 5,170 บาท (SD = 4,975) ส่วนกลุ่มทดลองเท่ากับ 2,255 บาท (SD = 2,049) ส่วน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาในการ ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระหว่าง 6 ปีถึง 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.3 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุมเป็นบิดา/มารดา และพี่/น้อง เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 41.7 ส่วนกลุ่มทดลองมีฐานะ เป็นบิดา - มารดา มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 83.3

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระเชิงปรนัยและเชิงอัตนัย ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาระเชิงปรนัยและเชิงอัตนัย ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม

ภาระ	คะแนนที่เป็นไปได้	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		T
		\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
เชิงปรนัย	0 – 24	18.83	2.51	20.16	1.99	10
เชิงอัตนัย	0 – 32	24.66	3.42	25.66	3.20	3

$p > .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระเชิงปรนัยและเชิงอัตนัย ก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะเชิงปรัญญ์และเชิงอัตัญญ์ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ภาวะ	คะแนนที่เป็นไปได้	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		T
		\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
เชิงปรัญญ์	0 – 24	19.6	1.46	10.41	2.53	78**
เชิงอัตัญญ์	0 – 32	26.0	2.76	11.41	4.35	78**

** $p < .01$

ตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะเชิงปรัญญ์และเชิงอัตัญญ์หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะเชิงปรัญและเชิงอัตนัย ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 4 ถึงตารางที่ 5

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะเชิงปรัญ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความแตกต่างของ คะแนนภาวะเชิงปรัญ	จำนวน (ราย)	Meaned Rank	T
กลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลองน้อยกว่า	8	6.86	10
หลังการทดลอง			
หลังการทดลองน้อยกว่า	4	4.50	
ก่อนการทดลอง			
กลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลองน้อยกว่า	0	.00	78**
หลังการทดลอง			
หลังการทดลองน้อยกว่า	12	6.50	
ก่อนการทดลอง			

**p < .01

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะเชิงปรัญ หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะเชิงปรัญหลังการทดลองและก่อนการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 5

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะเชิงอัตนัย ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความแตกต่างของ คะแนนภาวะเชิงอัตนัย	จำนวน (ราย)	Meaned Rank	T
กลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลองน้อยกว่า หลังทำการทดลอง	8	6.14	3
หลังการทดลองน้อยกว่า ก่อนการทดลอง	4	5.75	
กลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลองน้อยกว่า หลังการทดลอง	0	.00	78**
หลังการทดลองน้อยกว่า ก่อนการทดลอง	12	6.50	

**p < .01

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะเชิงอัตนัย หลังการทดลองน้อยกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะเชิงอัตนัย หลังการทดลองและก่อนการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะเชิงปรนัยและเชิงอัตนัย ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 6 และตารางที่ 7

ตารางที่ 6

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะเชิงปรนัยและเชิงอัตนัย ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภาวะ	กลุ่มควบคุม (N=12)		กลุ่มทดลอง (N=12)		U	p-Value
	Range	Meaned Rank	Range	Meaned Rank		
เชิงปรนัย	14 – 23	11.71	16 – 21	14.00	54.0	.289
เชิงอัตนัย	19 – 32	11.17	21 – 31	13.83	56.0	.353

$p > .05$

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะเชิงปรนัยและเชิงอัตนัย ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 7

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะเชิงปรัญและเชิงอัทนัย หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภาวะ	กลุ่มควบคุม (N=12)		กลุ่มทดลอง (N=12)		U	p-Value
	Range	Meaned Rank	Range	Meaned Rank		
เชิงปรัญ	18 – 24	18.50	6 – 14	6.50	0	.000**
เชิงอัทนัย	21 – 32	18.50	5 – 19	6.50	0	.000**

** p < .01

ตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะเชิงปรัญ และเชิงอัทนัยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คน โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 12 คน คือ กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากบุคลากรในแผนกผู้ป่วยนอก และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลประคองและ จิตศึกษาจากผู้วิจัย จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.7) เนื่องจากเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นหลักเมื่ออยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยเรื้อรังและให้การยอมรับมากที่สุด ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่ามีอายุระหว่าง 40-59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 66.7 และร้อยละ 58.3 ตามลำดับ) ความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นบิดามารดามากที่สุด (ร้อยละ 41.7 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 83.3 ในกลุ่มทดลอง) เพราะบิดามารดาอยู่ในบทบาทที่ต้องให้การดูแลบุตรทั้งยามปกติและภาวะเจ็บป่วย การศึกษาครั้งนี้ พบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 66.7 และร้อยละ 100 ตามลำดับ) ในกลุ่มควบคุมถึงแม้จะมีระดับการศึกษาประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็ยังมีระดับการศึกษานุปริญญาและปริญญาตรีรวมอยู่ด้วย ซึ่งบุคคลที่มีการศึกษาก็จะมีความเข้าใจในเหตุการณ์และมีข้อมูลต่างๆ ได้ดี ซึ่งจะช่วยให้การตรวจสอบสถานการณ์การตัดสินใจได้อย่างละเอียดรอบคอบ จึงทำให้ภาระของผู้ดูแลกลุ่มควบคุมยังคงมีอยู่ ส่วนในกลุ่มทดลองถึงแม้ว่าผู้ดูแลทั้งหมดจะมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา เมื่อได้มาเข้ากลุ่มระดับประคองและจิตศึกษา ทำให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ให้ข้อคิดเห็นเสนอแนะร่วมกันภายในกลุ่ม ทำให้รู้สึกเห็นอกเห็นใจ เข้าใจกัน ได้ปรึกษาหารือปัญหาของตนเองและปัญหาของผู้อื่น ทำให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ว่าผู้อื่นก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน เกิดการยอมรับและปรับตัวที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไปโดยมีความรู้สึกเป็นภาระลดลง และประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 50 และร้อยละ 66.7 ตามลำดับ) อาชีพในกลุ่มควบคุมนอกจากจะมีอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่แล้ว ยังมีอาชีพ

รับราชการหนึ่งคนซึ่งในกลุ่มทดลองไม่มี ซึ่งอาชีพรับราชการจะทำให้การรับข้อมูลข่าวสารได้กว้างกว่าเกษตรกรรมเพราะในสังคมปัจจุบันเป็นสังคมที่เปิดกว้าง การติดต่อสื่อสารไร้พรมแดนสามารถสื่อสารกันได้ทั่วโลก จึงทำให้ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมสนใจเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยคงมีมากเหมือนเดิม กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสกลุ่มมากที่สุด (ร้อยละ 83.3) ส่วนรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 5,170 บาท (S.D = 4,975) ส่วนกลุ่มทดลองเท่ากับ 2,255 บาท (S.D = 2,049) ซึ่งนับว่ามีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่ารายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 5,599 บาท) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรื, 2540 หน้า 113)

ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผลของการศึกษาพบว่าคะแนนภาระเชิงปรัณัยและเชิงอัตนัยหลังได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาลดลงจากก่อนได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตารางที่ 4 และตารางที่ 5) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่หนึ่งที่ระบุว่าภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจากได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาน้อยกว่าก่อนเข้ากลุ่ม นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนภาระเชิงปรัณัยและเชิงอัตนัยของกลุ่มที่ได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตารางที่ 6 และ 7) จึงสนับสนุนสมมติฐานที่สองที่ระบุว่า ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจากได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ วิธีการทำกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาจะเน้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุด โดยมีการอภิปรายให้ข้อเสนอแนะต่อกันด้วยทำที่และความรู้สึกที่จริงใจ เต็มใจที่จะช่วยเหลือกัน โดยผู้ดูแลทุกคนมีความคุ้นเคยสนิทสนมเป็นกันเอง ภายใต้วามพันรภาพที่อบอุ่นปลอดภัย มีความเชื่อถือไว้วางใจต่อกัน มีความผูกพันกันอย่างเหนียวแน่น การทำงานกลุ่มดำเนินไปด้วยความสามัคคี มีการให้เกียรติและยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีการเชื่อมโยงประเด็นที่คล้ายคลึงกัน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มองเห็นแนวทางการปฏิบัติทำให้ผู้ดูแลที่ได้เข้ากลุ่มเกิดความรู้สึกเป็นพวกพ้องเดียวกัน เห็นอกเห็นใจเข้าใจกันมีการให้กำลังใจแก่กันและกันซึ่งก่อให้เกิดการประคับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ร่วมกับการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยา สถานที่ให้บริการและลักษณะการส่งเคราะห์ทางสังคม และวิธีการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ด้วยกระบวนการเหล่านี้ทำให้

ผู้ดูแลเกิดความรูสึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ลดความเครียด มีความเข้าใจและรับรู้ความรูสึกร่วมกัน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วย (Yamashita, 1996 ; Pakenham & Dadds, 1990 cited in Loukissa, 1995) จึงทำให้ภาระของผู้ดูแลลดลง

จากผลการศึกษาที่พบว่า คะแนนภาระเชิงปรัญย และเชิงอัตรนัย หลังได้รับกลุ่มปรับระดับประคองและจิตศึกษาลดลงจากก่อนได้รับ กลุ่มปรับระดับประคองและจิตศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.1$) (ตารางที่ 4 และตารางที่ 5) และคะแนนภาระเชิงปรัญยและเชิงอัตรนัยของ กลุ่มที่ได้รับกลุ่มปรับระดับประคองและจิตศึกษาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตารางที่ 6 และ ตารางที่ 7) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มปรับระดับประคองและจิตศึกษาเป็นวิธีการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่สามารถลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ในการศึกษารั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับกลุ่มปรับระดับประคองและจิตศึกษาจากผู้วิจัย ซึ่งในแผนการ คำนินกลุ่มมีการกำหนดประเด็นที่จะสนทนาในกลุ่ม วัชคเจนในแผนการคำนินกลุ่มแต่ละครั้งมี การกำหนดควัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม และการประเมินผล อย่างเป็นระบบ เพื่อให้กลุ่มทดลอง ได้รับข้อมูลจากการที่ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้ระบายความรูสึก ได้ให้ ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะร่วมกัน ทำให้ผู้ดูแลได้รับความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ และมีการให้กำลังใจ ค่อกัน ส่งผลให้ภาระของผู้ดูแลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของพรชัย อุลเมตต์ (2540) ที่พบว่า ภายหลังจากการ ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและคำนารมณ์จากผู้วิจัยซึ่งมีการเตรียมแผนการ สอนไว้อย่างมีแบบแผนร่วมกับการแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน รวมทั้ง การติดตามเยี่ยมผู้ดูแลที่บ้าน ทำให้ภาระเชิงปรัญยและเชิงอัตรนัยของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของโรบินสันและคณะ (Robinson et al., 1994) พบว่า กลุ่ม ทดลองซึ่งได้รับการฝึกการจัดการกับพฤติกรรมและการฝึกทักษะทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีภาระลด ลงและมีทัศนคติที่ดีต่อการขอความช่วยเหลือ การศึกษาของแฮมมอนด์และดีน (Hammond & Deans, 1995) พบว่า การจัดกลุ่มปรับระดับประคองและจิตศึกษาทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจ มีความ หวัง ได้รับความรูสึก และยอมรับที่จะอยู่ดูแลผู้ป่วยและจากการศึกษาของอับราโมวิทซ์และคณะ (Abramowitz, et al., 1989 อ้างใน อัญชฎี เคมียะประคิษฐ์ และคณะ, 2537) พบว่า การจัดกลุ่ม ปรับระดับประคองและจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองสามารถลดความวิตกกังวล ลด ความเครียด สามารถจัดการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าและมากกว่ากลุ่มควบคุม การศึกษาของแคน, โคมาติโนและ โจนเนส (Kan, DiMartino & Jimenez, 1990) พบว่า ผู้ดูแลที่เข้า กลุ่มปรับระดับประคองและกลุ่มจิตศึกษาได้รับความรูสึกเหมือนกันแต่ผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มปรับระดับประคอง เทียงอย่างเดี่ยว มีความพึงพอใจน้อยกว่าอีกกลุ่มหนึ่ง เช่นเดียวกับการศึกษาของ พาเคนแฮมและ

แดค (Pakenham & Dadds, 1990 cited in Loukissa, 1995) พบว่าบิคารมารดาที่ได้เข้ากลุ่ม
 ปรึกษาปรึกษาพร้อมกับการให้ความรู้ ทำให้บิคารมารดาของผู้ป่วยมีความเชื่อคร้อน ความวิตก
 กังวล ความเศร้าและมีความรู้ตึกเป็นภาระลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของยามาชิต้า
 (Yamashita, 1996) ศึกษาผลของกลุ่มปรึกษาปรึกษาและจิตศึกษาให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า
 ผู้ดูแลมีความรู้ในเรื่องโรค มีความมั่นใจ ลดความเครียด มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหของผู้ป่วย
 สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้

ในการดำเนินกลุ่มปรึกษาปรึกษาและจิตศึกษา โดยใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิด
 ของยาลอม (Yalom, 1975) ทั้งหมดแปดครั้ง เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากแผนการทำ
 กลุ่มปรึกษาปรึกษาและจิตศึกษาเป็นแผนการกลุ่มที่มีโครงสร้าง ในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้ง
 สมาชิกได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกันอภิปรายให้ข้อคิดเห็น แสดงความรู้ตึกซึ่ง
 สมาชิกได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กลุ่มสามารถดำเนินไปด้วยความร่วมมือร่วมใจ
 สมาชิกกลุ่มมีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งและกัน กลุ่มมีความผูกพันกันมาก ก่อให้เกิดความ
 สามัคคีและร่วมกันซักถามเสนอแนะด้วยความเต็มใจ มีการให้เกียรติ ยอมรับซึ่งกันและกัน
 สมาชิกมีความรู้ตึกก่อนคลาย เมื่อได้ระบอบปัญหาความรู้ตึกต่างๆที่เก็บสะสมไว้จากการให้การ
 ดูแลผู้ป่วย สมาชิกสนใจซักถามกันเอง เชื่อมโยงจากสมาชิกคนหนึ่งไปสู่สมาชิกคนอื่นๆ จนเกิด
 เป็นความคิดเห็นและเป็นพลังของกลุ่ม ด้วยวิธีการนี้จึงทำให้สมาชิกกลุ่มได้เชื่อมโยงความรู้ตึก
 ของกันและกัน รวมเป็นความรู้ตึกของกลุ่ม ส่งผลให้ภาระผู้ดูแลลดลง

สำหรับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนภาระ
 เริงปรนัยและเริงอัตนัยระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้
 อธิบายได้ว่า กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลและบุคลากรอื่นที่กลุ่มงาน
 ผู้ป่วยนอกจากจะได้รับข้อมูลไม่เพียงพอหรือไม่ครอบคลุม เนื่องจากกลุ่มงานผู้ป่วยนอกให้
 สุขศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยในช่วงเวลาเช้าระหว่าง 8.00 ถึง 8.20 นาฬิกา ซึ่งในแต่ละวันก็จะให้ความรู้
 ครั้งเดียวถ้าผู้ดูแลมาเช้าก็จะไม่ได้รับฟัง ประกอบกับผู้ดูแล ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ต่างอำเภอ ต่างจังหวัด
 ต้องใช้เวลาในการเดินทางนานกว่าจะมาถึงโรงพยาบาลก็ประมาณเก้านาฬิกา หรือมากกว่านั้นก็จะ
 เร่งรีบในการที่จะพบแพทย์เพื่อขอรับการตรวจหรือขอรับยา อีกประการหนึ่งกลุ่มควบคุมไม่ได้รับ
 การสนับสนุนปรึกษาปรึกษาทางด้านจิตใจและอารมณ์จากบุคลากรในทีมสุขภาพจิตอย่างใกล้ชิด
 เหมือนกับกลุ่มทดลอง เนื่องจากกลุ่มควบคุมจะมารับยาแทนผู้ป่วยไม่พร้อมกัน และไม่ตรงกับวันที่
 ผู้วิจัยทำกลุ่มปรึกษาปรึกษาและจิตศึกษาให้กับกลุ่มทดลอง และสมาชิกกลุ่มควบคุมและกลุ่ม
 ทดลองไม่รู้จักกัน จึงทำให้กลุ่มควบคุมมีโอกาสน้อยที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับ
 โรคจิตเภท โดยละเอียดเหมือนเช่นกลุ่มทดลองได้รับ ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้กิจกรรมการดูแล

ผู้ป่วยที่กลุ่มควบคุมปฏิบัติเหมือนเดิมไม่มีความยุ่งยากเพิ่มมากขึ้นจากเดิม ส่งผลให้คะแนนภาวะ
เชิงปรนัยและเชิงอัตนัยของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตาม
ปกติ

จากผลการศึกษาที่ได้ แสดงให้เห็นว่าการทำกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาแก่ผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลได้รับการประคับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่ง
สมาชิกส่วนใหญ่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจให้กำลังใจและมี
ความผูกพันทางด้านจิตใจต่อกัน ทำให้ลดความวิตกกังวลและลดความเครียดได้ ร่วมกับการได้รับ
ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของโรคและวิธีการดูแลผู้ป่วย ทำให้ภาระของผู้ดูแลลด
ลง จึงควรสนับสนุนให้มีการจัดกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อ
ให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข