



สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มกับญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้เข้ากลุ่ม

สมมติฐานของการวิจัย

กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจะมีระดับความวิตกกังวลลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง เป็นญาติผู้ป่วยจิตเภทซึ่งดูแลผู้ป่วยที่เคยมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2534 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2534 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ ไม่จำกัดเพศ อายุระหว่าง 25-45 ปี มีการศึกษาอย่างต่ำ ระดับประถมศึกษาตอนปลาย ดูแลผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และมีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่ม ให้แต่ละกลุ่มมีอายุ เพศ ใกล้เคียงกัน ญาติผู้ป่วยกลุ่มควบคุมตอบแบบวัดความวิตกกังวล เมื่อเข้าร่วมโครงการ และตอบแบบวัดความวิตกกังวลหลังจากนั้น 6 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มทดลองตอบแบบวัดความวิตกกังวลก่อนเข้ารับการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งกำหนดให้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 1/2 ชั่วโมง จำนวน 6 ครั้ง และหลังจากให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งสุดท้าย โดยผู้วิจัยแจกเอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามข้อสงสัย ให้คำปรึกษา แสดงความคิดเห็นเป็นลักษณะแบบกลุ่ม กลุ่มช่วยเหลือกัน (Self-help group)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของญาติประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

2.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกของญาติต่อผู้ป่วย ประกอบด้วยความรู้สึกของญาติต่อผู้ป่วยจำนวน 15 ข้อ โดยมีข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย สร้างขึ้นโดยรวบรวมเนื้อหาจากงานวิจัย แล้วนำมาตรวจสอบความเที่ยงตรง จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

2.3 แบบวัดความวิตกกังวลเป็นแบบสอบถามให้ตอบคำถามด้วยตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นโดยสไปล์เบอร์เจอร์ แปลเป็นภาษาไทยโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิศยา คชภักดี ดร.มาลี

นิสสัยสุข แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนแรกเรียกว่า X-I เป็นการประเมินระดับความวิตกกังวลแบบสเดท มีลักษณะการประเมินระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่ทำแบบสอบถาม

ตอนที่สองเรียกว่า X-II เป็นการประเมินระดับความวิตกกังวลแบบเทรท มีลักษณะการประเมินระดับความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในสภาวะการณ์ทั่วไป

3. วิธีดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยซึ่งเคยมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน และขณะรักษาในแผนกผู้ป่วยในระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2534 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2534 ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2. เชิญกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้มาสัมภาษณ์เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติที่กำหนดไว้คือ ไม่จำกัดเพศ อายุระหว่าง 25-45 ปี การศึกษาอย่างต่ำประถมศึกษาตอนปลาย มีความรับผิดชอบเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และมีภูมิลำเนาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ยินดีและมีเวลาเพียงพอให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวและบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยจัดเข้าสู่กลุ่มโดยวิธีสุ่มแบบง่าย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย

4. ให้ญาติผู้ป่วยตอบแบบวัดความวิตกกังวลแบบสเดทและแบบเทรท ก่อนเข้าสู่กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาซึ่งจัดให้ในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 1/2 ชั่วโมง จำนวน 6 ครั้ง

5. หลังจากเข้ากลุ่มครบตามจำนวน ให้ญาติตอบแบบวัดความวิตกกังวลแบบสเดทและแบบเทรท ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ญาติผู้ป่วยแต่ละคนใช้เวลาในการตอบแบบวัดความวิตกกังวลครั้งละ 20 นาที

ขั้นตอนการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

ครั้งที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์และเนื้อหาครั้งต่อไป และประเมินความรู้สึกวิตกกังวลก่อนเข้ากลุ่ม (pre-test)

ครั้งที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่องลักษณะของโรค ระยะเวลาการเกิดโรคสาเหตุ การรักษา การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค

ครั้งที่ 3 อธิบายเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ของโรค การให้ยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ความสำคัญของการติดตามรักษาอย่างสม่ำเสมอ การจัดสิ่งแวดล้อมที่มีความเครียดน้อย เพื่อควบคุมสถานการณ์ในบ้าน

ครั้งที่ 4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวและญาติต่อการดูแลรักษาและการดำเนินโรคของผู้ป่วย

ครั้งที่ 5 หลักของการจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย การจำกัดความคาดหวังของญาติให้อยู่ในความเป็นจริง ขอบเขตและความเหมาะสมของการช่วยเหลือดูแลทางด้านจิตใจ การจำกัดการแสดงอารมณ์

ครั้งที่ 6 ทบทวนเรื่องที่ได้เรียนรู้อมา เพื่อที่จะไปพัฒนางานแผนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการ เพื่อที่จะไปพัฒนางานแผนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการและองค์การต่าง ๆ ทางด้านจิตเวช ทำการประเมินความรู้สึกวิตกกังวลหลังเข้ากลุ่ม (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลที่ได้ในส่วนข้อมูลทั่วไปของญาติ คำนวณหาร้อยละ ใช้ในการแจกแจงความถี่ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการบรรยายและตารางประกอบ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกของญาติต่อผู้ป่วย คำนวณหาร้อยละ

3. ข้อมูลที่ได้จากการประเมินความรู้สึกวิตกกังวล เป็นค่าคะแนนมีค่าเป็นจำนวนเต็ม คำนวณหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้สึกวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้สึกวิตกกังวลของแต่ละคนทั้งก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในแบบสแตทและแบบเทรท

Unpaired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้สึกวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/PC+

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 60 ทั้งสองกลุ่ม มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72 และ 68 อายุเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่ม คือ 34.44 และ 35.76 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายคิดเป็นร้อยละ 36 และ 40 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 48 และ 40 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ย 4,001-6,000 คิดเป็นร้อยละ 44 และ 48 ตามลำดับ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือเป็นบิดา ร้อยละ 48 และ 40 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1 1/2 ปี ถึง 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 72 ทั้งสองกลุ่ม

2. ความรู้สึกของญาติต่อผู้ป่วย พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ต้องการอยากได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง ร้อยละ 100 มีความหวังว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นร้อยละ 98 ญาติเป็นบุคคลที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลให้ผู้ป่วยดีขึ้น ร้อยละ 96 ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ร้อยละ 92 อยากพูดคุยปัญหา กับผู้ที่มีความรู้สึกและมีปัญหาคล้ายคลึงกัน ร้อยละ 90 ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการทางจิตเวช ร้อยละ 76 รู้สึกเป็นภาระที่ต้องนำผู้ป่วยมาพบแพทย์เป็นประจำ และพบปัญหาในเรื่องที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ร้อยละ 68 ลำบากใจที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าตนป่วย ร้อยละ 66 รู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ร้อยละ 62 เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติอาชีพ เพราะต้องพาผู้ป่วยมาตรวจ และเมื่อมี

ทางจิต ร้อยละ 62 เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติอาชีพ เพราะต้องพาผู้ป่วยมาตรวจ และเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ไม่รู้ว่าจะปรึกษาใคร ร้อยละ 60 คิดว่าเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ร้อยละ 44 และคิดว่าตนมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคนี้ ร้อยละ 30

3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล แบบสเตรทและแบบเทรทของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนทดลองอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน คือแบบสเตรทมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล 51.84 ในกลุ่มควบคุม และ 53.48 ในกลุ่มทดลอง ส่วนความวิตกกังวลแบบเทรทมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล 47.64 ในกลุ่มควบคุมและ 46.48 ในกลุ่มทดลองและคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนสอนของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตรทก่อนและหลังทดลองลดลงทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลแบบสเตรทลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มควบคุมและ .01 ในกลุ่มทดลอง ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลแบบเทรทก่อนและหลังทดลองในกลุ่มควบคุมลดลงเล็กน้อยและไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในกลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลแบบเทรทก่อนและหลังทดลองลดลงและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตรทของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรท พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มญาติผู้ป่วยซึ่งไม่ได้เข้ากลุ่มซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม

จากการทดลองพบว่าคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตรทและแบบเทรทในทั้งสองกลุ่มก่อนทดลอง อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันคือ แบบสเตรทมีค่าเฉลี่ย 51.84 ในกลุ่มควบคุมและ 53.48 ในกลุ่มทดลอง

ส่วนความวิตกกังวลแบบเทรทมีค่าเฉลี่ย 47.64 ในกลุ่มควบคุมและ 46.48 ในกลุ่มทดลอง ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการออกแบบการวิจัยซึ่งเป็นแบบคลาสสิก ประชากรได้จากการกำหนดคุณลักษณะที่เหมือนกัน และมีการแบ่งเข้าสู่กลุ่มโดยการสุ่มตัวอย่าง (Randomized) คาดว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะการกระจายของประชากรเหมือนกัน (Normal Population) มีโอกาสของการได้รับสุขภาพจิตศึกษาเท่ากัน ดังนั้นความแตกต่างของทั้งสองกลุ่มคือการได้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสอนในเรื่องปัจจัยอื่นที่จะมีผลต่อการลดความวิตกกังวล เช่น สภาพแวดล้อม การได้รับความรู้จากบุคลากร การหาสิ่งสนับสนุนระดับประคองจิตใจ เช่น การหาพระ หาหมอดู คาดว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีโอกาสที่ได้รับไม่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงคาดว่าผลของการทดลองที่ได้หลัง

ทดสอบคือค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลที่ลดลงแตกต่างกัน น่าจะเกิดจากผลของการได้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

ญาติผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนจากอาการของผู้ป่วย เช่น การแยกตัวจากสังคม เฉื่อยชา ไม่พูดคุยกับใคร มีพฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมทางเพศที่เป็นปัญหา การพยายามฆ่าตัวตาย (Creer and Wing, 1974) นอกจากนี้ยังพบว่าญาติมีความลำบากใจในการแก้ไขปัญหาคือส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาจากอาการทางลบ เช่น ผู้ป่วยไม่มีเพื่อน ไม่เข้าสังคม นอนมากไป เฉื่อยชา เชื่องช้า ขาดความคิดริเริ่ม ไม่พูด (Runion, 1983) และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม เช่น พูดคนเดียวกลางถนน ดำว่าเพื่อนบ้าน ก้าวร้าว ไม่นอน (Hatfield, 1979) และไม่ยอมรับประทานยา ญาติบางคนมีความรู้สึกตึงเครียดมากถึงขนาดที่ต้องการใครสักคนที่จะพูดคุยด้วย เพื่อจะได้รับความรู้สึกและปัญหาซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นความเครียดเรื้อรังจากปัญหาของผู้ป่วยทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ ญาติหลายคนขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ไม่ทราบว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร ซึ่งหลายครั้งที่ญาติไม่ได้รับข้อมูลเลย มีหน้าที่ยังต้องเป็นฝ่ายคอยให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่บุคลากรผู้รักษา (Kuipers L, Bebbington P, 1985) ซึ่งรู้สึกขุ่นเคืองเมื่อถูกถามเกี่ยวกับประวัติในอดีตซ้ำแล้วซ้ำอีกโดยบุคลากรต่าง ๆ ในสถานบำบัด และญาติแสดงความไม่พอใจที่ไม่ได้ให้พวกเขาได้มีส่วนร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ ของการรักษา เช่น รู้สึกคับข้องใจที่ไม่ได้มีโอกาสในการร่วมให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้พฤติกรรมแปลกผิดธรรมดาและพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาของการเกิดโรค ทำให้ญาติคับข้องใจมากเพราะไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไร จากการที่ผู้วิจัยได้ทำกลุ่มญาติหลายคนบอกว่า "ประสาทจะกินอยู่ตลอดเวลาไม่รู้จะบ้าเมื่อไร?"

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังให้สุขภาพจิตศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลแบบสเตรทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองลดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลแบบเทรทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจะมีผลทำให้ความวิตกกังวลแบบเทรทในกลุ่มทดลองลดลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา ทั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อสันนิษฐานว่า

1. การที่ระดับความวิตกกังวลแบบสเตรทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้นอาจเนื่องจากในกลุ่มควบคุมนั้นคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล 50.24 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง ญาติยังมีสติสัมปชัญญะและความตื่นตัวมากขึ้น ความสามารถในการแก้ปัญหายังมีอยู่ ทำให้ญาติสามารถหาทางออกให้พ้นจากความไม่สบายทางจิตใจและอารมณ์ ยังผลให้เกิดการผ่อนคลายและความสมดุลทางจิตใจ อารมณ์ได้ โดยใช้กลไกป้องกันตนเองซึ่งส่วนใหญ่มักจะใช้ในรูปแบบการหาเหตุผลประกอบ (rationalization) และยึดหลักคำสอนของพระพุทธศาสนาที่พบได้บ่อย ๆ ญาติมักจะบอกว่า "ก็คงไม่เป็นไรคิดไปก็ทุกข์เปล่า ๆ แล้วแต่เวรแต่

กรรม” หรือ “คงเป็นเพราะชาติก่อนเราทำบาปเอาไว้ชาตินี้จึงต้องมีลูกป่วยแบบนี้” โดยลักษณะของความวิตกกังวลแบบสเทตนเองนั้นเป็นลักษณะของความตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ในขณะที่นั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราวเฉพาะในสถานการณ์นั้น Anastasi (1982) กล่าวว่า เป็นสภาวะของอารมณ์ที่อยู่ชั่วคราว โดยที่บุคคลจะรู้สึกตึงเครียดและหวาดหวั่น ซึ่งโดยธรรมชาติของความวิตกกังวลแบบสเทตนเองนั้นดูเหมือนว่าจะไม่คงที่ขึ้น ๆ ลง ๆ ได้ทุกโอกาส (fluctuate from occasion to occasion) ดังนั้นเมื่อกลุ่มทดลองได้รับสิ่งเร้าในทางที่ดีขึ้นเพียงเล็กน้อยก็สามารถทำให้ความวิตกกังวลแบบสเทตนเองลดลงได้ นอกจากนี้ในการวัดความวิตกกังวลในกลุ่มควบคุมหลังครั้งสุดท้ายผู้วิจัยได้เชิญกลุ่มควบคุมมาตอบแบบวัดความวิตกกังวล ซึ่งโดยลักษณะของวิชาชีพแล้วจะต้องให้การต้อนรับ (welcome) พูดคุยด้วยดี ทำหน้าที่เป็นมิตร ตามไปชีวิตประจำวัน ทำให้กลุ่มควบคุมเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ผ่อนคลายลงได้ จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลง ตอบแบบวัดความวิตกกังวลเป็นไปในทางที่ดี จากการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือพบว่าแบบวัดความวิตกกังวลแบบสเท มีความเชื่อมั่นต่ำ ซึ่งคาดว่าความวิตกกังวลแบบสเทเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามเหตุการณ์ภายนอกที่กระทบต่อบุคคลพอ ๆ กับ ความคลาดเคลื่อนจากการวัด (error measurement)

ถึงแม้ความวิตกกังวลหลังทดลองของทั้งสองกลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จะเห็นวาคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับผลการทดลองของชมชื่น สมประเสริฐ (2526) ที่ได้ศึกษาผลของการฝึกสมาธิต่อความวิตกกังวลของนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่าความวิตกกังวลแบบสเทหลังการฝึกสมาธิ ลดลงทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การที่ระดับความวิตกกังวลแบบสเทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คาดว่ามีผลมาจากการที่ญาติได้เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท รวมถึงการประคับประคองบริการด้านความรู้ มีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูลและเพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง สร้างเครือข่ายทางสังคมของญาติด้วย (Anderson, 1980) ประกอบกับลักษณะของความวิตกกังวลเป็นลักษณะที่คงที่ในตัวบุคคลมักเกิดกับบุคคลจนเป็นนิสัย Anastasi (1982) กล่าวว่า เป็นลักษณะโน้มเอียงที่จะมีความวิตกกังวลมากกว่า ซึ่งจะต้องได้รับการประคับประคองให้กำลังใจ แนะนำอธิบายในสิ่งที่ไม่รู้ ซึ่งญาติได้เกิดการเรียนรู้จากการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ได้เลียนแบบกันและกัน รู้สึกเป็นพวกเดียวกันเกิดความอบอุ่นใจ ช่วยเหลือกันโดยเฉพาะในเรื่องอารมณ์ ญาติได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาต่าง ๆ จากกันและกัน และสามารถจัดการแก้ปัญหาทางอารมณ์ของตนได้ เรียนรู้วิธีการผ่อนคลาย การใช้กลไกเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เรียนรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมก็สามารถทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้

การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสามารถลดความวิตกกังวลแบบเทรทได้ สันนิษฐานว่าเกิดจากการที่ญาติได้รับส่งกระตุ้นภายนอก (external stimuli) ได้แก่อารมณ์ของญาติผู้ป่วยจิตเภท ญาติได้มีโอกาสพบปะกับญาติคนอื่น สังคมกว้างขวางขึ้น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เพื่อนที่เพิ่มขึ้นไม่ทำให้เกิดความรู้สึกอับอาย ว่าตนมีญาติเป็นโรคจิต เพราะทุกคนล้วนมีญาติเป็นผู้ป่วยจิตเภททั้งสิ้น เหล่านี้ทำให้ญาติผู้ป่วยมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mass และ Odaniell (1955) ได้จัดให้ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทมาพบกันเป็นกลุ่มช่วยเหลือกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันถึงปัญหาต่าง ๆ ปรากฏว่าได้ผลดี คือญาติกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันดีขึ้น ส่วนญาติเองได้มีโอกาสพบกับญาติคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาและประสบการณ์คล้าย ๆ กัน ทำให้เกิดความอบอุ่นใจ มีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน เลียนแบบกันและกันได้เห็นปฏิกิริยาที่ไม่ดีของญาติคนอื่น ๆ ทำให้ญาติได้มองกลับมาที่ตนเองและเห็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเองที่คล้าย ๆ กัน และนำไปแก้ไข

Thornton และคณะ (1981) เริ่มจัดกลุ่มญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทในปี 1975 ด้วยเหตุผลที่ว่าความช่วยเหลือญาติเป็นรายๆ นั้น ไม่ได้ผลดีนัก แต่ถ้าญาติได้เข้ากลุ่มกันญาติจะช่วยเหลือกัน เนื่องจากมีความกังวลคล้าย ๆ กัน นอกจากนี้ยังประหยัดของบุคลากร ต่อมากลุ่มญาติได้พัฒนาเป็นกลุ่มช่วยเหลือตัวเอง (self-help group) โดยบุคลากรเข้าไปช่วยเหลือเป็นครั้งคราว

Priestley (1976) รายงานถึงการจัดกลุ่มช่วยเหลือตัวเอง (self-help group) ของญาติผู้ป่วยจิตเภทซึ่งส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วย โดยญาติจะนัดพบกันทุก 2 เดือนที่บ้านของญาติคนใดคนหนึ่งหรือที่ day center และมีบุคลากรเข้าไปช่วยเหลือในเรื่องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการที่จะช่วยผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ที่มีในชุมชนนั้น ช่วยกระตุ้นให้ญาติมีปฏิสัมพันธ์และช่วยเหลือกัน ญาติได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน และสามารถจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ของตนได้ ซึ่งลักษณะเช่นนี้ทำให้เห็นถึงจุดเด่นหลายประการของการให้ความช่วยเหลืออย่างเป็นกลุ่ม

นอกจากนั้นญาติยังได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาต่าง ๆ จากกันและกัน ซึ่งลักษณะของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงออก พูดถึงปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยในกลุ่ม และช่วยกันแก้ปัญหา เพื่อนำไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม (learn to react appropriately) ต่อไป โดยเฉพาะเรื่องอารมณ์ เมื่อญาติได้พบปะพูดคุยกันในระยะหนึ่ง ญาติจะเริ่มเข้าใจกันและช่วยเหลือกันได้

จากข้อสันนิษฐานที่ว่า มนุษย์จะมีความวิตกกังวลมากในสิ่งที่ยังไม่รู้และไม่เข้าใจ (Anderson, 1980) จึงพยายามที่จะจัดหาข้อมูลให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ดังการศึกษาของ ฉวี เบาทรวง (2528) พบว่าการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่เหมาะสมช่วยลดความวิตกกังวลของผู้คลอดในระยะคลอดได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุล ดันดิธรรม (2533) ว่าการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ญาติของผู้ป่วยที่รับการรักษาใน ICU พบว่า สามารถลดความวิตกกังวลได้

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม จะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลจัดการกับภาวะเจ็บป่วย การลดความคาดหวัง การสร้างเครือข่ายทางสังคม สนองตอบต่อความรู้สึกของญาติต่อผู้ป่วยในเรื่องความยุ่งยากใจ เพราะขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และต้องการได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง ซึ่งการศึกษานี้พบว่า เป็นความต้องการของญาติเกือบทุกคน

จากความรู้สึกของญาติส่วนใหญ่ที่ต้องการพูดคุยปัญหากับผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เมื่อญาติได้เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา พบว่าญาติที่มีปัญหาและประสบการณ์คล้าย ๆ กัน จะสามารถเข้ากันได้ดี มีความเห็นใจกันมากขึ้น เกิดความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน เกิดความอบอุ่นใจ ญาติจะยอมรับการปลอบใจและคำติชมจากญาติด้วยกันเองได้ดีกว่าบุคลากร ญาติได้เรียนรู้วิธีแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสมจากผู้อื่นในกลุ่ม โดยเฉพาะพวกที่แสดงออกของอารมณ์มาก จะได้เรียนรู้วิธีของพวกแสดงออกของอารมณ์น้อย ญาติได้เห็นปฏิกริยาที่ไม่ดีของญาติคนอื่น ทำให้สามารถมองกลับมาที่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเองได้ และได้รับการแปลความหมายจากเพื่อนญาติด้วยกัน ทำให้เข้าใจอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ดีขึ้น ญาติได้เห็นคนอื่นผ่านพ้นวิกฤติไปได้ ทำให้เกิดความหวังว่าตนก็คงสามารถแก้ไขปัญหานั้นผ่านพ้นไปได้เช่นกัน ทำให้ญาติเรียนรู้วิธีเผชิญปัญหา มีทักษะการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น สามารถเลือกใช้กลไกทางจิตได้อย่างเหมาะสม ก็จะลดความวิตกกังวลลงได้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ira A. Abramowitz และ Robert D. Coursey (1989) ได้ศึกษาถึงผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ ผู้ซึ่งดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ฝึกทักษะการแก้ปัญหาในการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วย การสร้างเครือข่ายทางสังคมและแหล่งบริการทางสุขภาพจิต พบว่าระดับความวิตกกังวลแบบเทอร์ทลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$)

ดังนั้นสรุปได้ว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสามารถลดความวิตกกังวลแบบเทอร์ทได้ เนื่องจากการจัดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นการตอบสนองความต้องการของญาติซึ่งได้สำรวจก่อนการทดลอง และการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ทำให้ญาติได้เรียนรู้การผ่อนคลาย (learn to relax) ได้สร้างเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นสังคมของญาติผู้ป่วยจิตเภททั้งสิ้น สามารถลดมลทินลงได้ ทั้งยังได้เกิดการเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหานั้น ๆ ฝึกทักษะการใช้กลไกการเผชิญปัญหา การที่ญาติมีปัญหานั้นและประสบการณ์คล้าย ๆ กัน จะสามารถเข้ากันได้ดี ให้คำแนะนำกัน เห็นใจกันได้มาก เกิดความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีความอบอุ่นใจ ทั้งยังได้รับข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคจิตเภท ตลอดจนการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วย และเข้าใจอาการของผู้ป่วย ทำให้ญาติมีความมั่นใจขึ้น ความวิตกกังวลก็จะลดลงได้

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

ควรพบญาติผู้ป่วยจิตเภทและจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล โดยมีการติดต่อกับครอบครัวก่อนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระหว่างที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล จนเมื่อสามารถควบคุมระยะเฉียบพลันของโรคได้แล้ว ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ควรจัดสัมมนาญาติเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยให้ทักษะและหลักในการแก้ไขปัญหา (Low-Key Problem solving) หลังจากนั้นจัดให้มีการเยี่ยมบ้านเป็นระยะตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ให้มีการศึกษาซ้ำและมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยดังนี้

1. ควรให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาด้วย ภายหลังจากแพทย์อนุญาต ให้กลับบ้านได้ ก่อนที่จะกลับเข้าสู่ชุมชน แล้วศึกษาถึงผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่ออัตราการป่วยกลับซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
2. ควรศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบของสุขภาพจิตศึกษาในญาติผู้ป่วยจิตเภท เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมกับภาวะการณ์ปัจจุบัน
3. สำหรับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยควรได้เข้ารับการฝึกจากผู้ชำนาญการในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษาส่วนที่จะลงมือทดลอง
4. ออกแบบการทดลองใหม่เป็นแบบการทดลองก่อนและหลัง โดยมีกลุ่มควบคุมสองกลุ่ม (Before-after experiment with two control groups) ซึ่งจะช่วยแก้ปฏิกิริยาโต้ตอบระหว่างการวัดก่อน (Pre-test) กับสิ่งกระตุ้น (Test stimuli) ของแบบคลาสสิกทั้งนี้เนื่องมาจากในการวัดก่อนการทดลอง แล้วนำสิ่งกระตุ้นเข้าทดลอง ผู้ถูกทดลองคงตอบสนองในเข้าสนับสนุนการทดลอง เพราะได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทดลอง ถึงแม้ความวิตกกังวลแบบสเตทหลังทดลองของทั้ง 2 กลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะเห็นว่ากลุ่มควบคุมลดลงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มทดลองที่ระดับ .01 และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจมีผลเนื่องมาจากขนาดตัวอย่างซึ่งอาจจะน้อยไปแต่อย่างไรก็ตาม ผลการทดลองของความวิตกกังวลแบบสเตท ครั้งนี้ก็สอดคล้องกับผลการทดลองของ ชมชื่น สมประเสริฐ (2526) ซึ่งได้ศึกษาผลการฝึกสมาธิต่อความวิตกกังวลของนักศึกษามหาวิทยาลัยพบว่า ความวิตกกังวลแบบสเตทหลังการฝึกไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม