

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design) เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สมมติฐานการศึกษา

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี

2. กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปลาหมี่ มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรีโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 20 คน โดยคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

2.1 เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอายุ 20 - 60 ปี โดยเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา คู่สมรส พี่ น้อง หรือบุตร ที่ดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย ไม่จำกัดเพศ การศึกษา อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ และให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปโดย ไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน

2.2 มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอบางปลาหมี่ จังหวัดสุพรรณบุรี

2.3 เป็นผู้ที่มิมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับต่ำถึงปานกลาง คือ มีคะแนนระหว่าง 26-95 คะแนน จากคะแนนเต็ม 130 คะแนน โดยแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26

2.4 สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้

2.5 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลใน

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนา มาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของสมคิด ตีร์ราภิ (2545) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการ เสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และ Dunst & Trivette (1996 cited in Hulm, 1999) และ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของสัมพันธ ฆณีรัตน์ (2546) โดยมีกิจกรรม 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อภิปราย ถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล สนับสนุน ข้อมูล ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การ รักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง อภิปรายถึงสาเหตุที่ต้องรับบทบาท ผู้ดูแล ความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญ ของตนเองและของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาศักยภาพการดูแล อภิปรายการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและนำไปปฏิบัติและให้ข้อมูล เกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล ให้คิดทบทวน วิเคราะห์ ผลที่เกิดขึ้นจากการ ดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขการปรับแผนการดูแล ให้มีประสิทธิภาพให้กำลังใจสนับสนุนให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 26 ข้อ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย WHOQOL -BREF - THAI ซึ่งพัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2541) เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟัง และผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการศึกษา

แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเครื่องมือกำกับการศึกษาใช้เมื่อสิ้นสุดการให้โปรแกรมทันที เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษานำมาจากแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสมคิด ตรีราภิ (2545) มีจำนวน 20 ข้อ มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยให้คะแนนของแต่ละบุคคลมากกว่าหรือเท่ากับ 60 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน เป็นบุคคลที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและมีพลังที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไปและถ้าได้คะแนนน้อยกว่า 60 คะแนน ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การทดลอง

ขั้นตอนในการดำเนินการศึกษา การดำเนินการศึกษา โดยผู้ศึกษาดำเนินการ 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการศึกษา การเตรียมความรู้ของผู้ศึกษา ในเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับขั้นตอน กระบวนการ ตลอดจนเทคนิคในการเสริมสร้างพลังอำนาจ เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาดังที่กล่าวมาแล้ว ในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ เตรียมติดต่อประสานงานโรงพยาบาลบางปลาหม้อ ในการขอความร่วมมือในการทำศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2. ระยะดำเนินการศึกษา คัดเลือกผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมศึกษาด้วยความสมัครใจแล้ว ผู้ศึกษาจึงขอความร่วมมือในการลงนามยินยอมเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Pre-test) ผู้ศึกษาดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย

จิตเภท ทั้ง 4 ชั้นตอน ตามกำหนดระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมทุกชั้นตอนที่คลีนิกให้คำปรึกษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปลาหม่า โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้ให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 22 กุมภาพันธ์ -19 มีนาคม 2553 ดำเนินการทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 แล้วผู้ศึกษาได้กำกับการศึกษาทันที โดยใช้แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. ระยะประเมินผลการศึกษา ผู้ศึกษาชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างว่า ผู้ศึกษาจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิต ในสัปดาห์ที่ 6 โดยนับจากวันสิ้นสุดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 สัปดาห์ (Post-test) ในระหว่างวันที่ 29 มีนาคม 2553 - 2 เมษายน 2553 พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลการเสริมสร้างพลังอำนาจนำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและร้อยละ
3. ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิต เปรียบเทียบก่อนและหลังการให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 สัปดาห์โดยทดสอบค่าที (Paired t – test)
4. กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการศึกษา

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม และจำแนกเป็นรายด้าน คือคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม สรุปผลการศึกษาตามสมมติฐานได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

อภิปรายผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25 ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย/รับจ้าง/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 45 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 70 มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 60 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่าเป็นบิดา และ มารดา เท่ากัน ร้อยละ 25 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มากกว่า 10-15 ปี ร้อยละ 35

จากผลการศึกษาดังกล่าวอภิปรายได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สิริรักษา นันทพงษ์ (2542) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาโดยเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ และมีอาชีพค้าขาย/รับจ้าง/ธุรกิจส่วนตัวส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรส คู่ มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาทซึ่งสภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันนี้ ถือได้ว่าครอบครัวมีฐานะค่อนข้างยากจน เป็นปัจจัยเสริมให้ผู้ดูแลแสดงบทบาทผู้ดูแลได้อย่างมีข้อจำกัด และเกิดความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย แม้ว่าในปัจจุบันผู้ป่วยจะมีบัตรประกันสุขภาพต่างๆ แต่การนำผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาล ยังคงต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีกเช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ (จริยา วิทยะศุกร, 2539; จันท์เพ็ญ แจ่มห่วน, 2536; ชนิดา มณีวรรณและคณะ, 2535; Greenberg. S. J, 1993) ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคมไทยให้การยอมรับ และกำหนดบทบาทของบิดามารดา ให้เป็นผู้ดูแลบุตร ซึ่งเป็นสมาชิกที่เจ็บป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านนอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ ความรัก ความผูกพัน ความทุ่มเท (Gibson, 1995) ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ที่มีบทบาทในการเลี้ยงดูผู้ป่วยจิตเภทมาตั้งแต่กำเนิด ทำให้มีความสนิทสนมและคุ้นเคยกับผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นเวลานาน ประกอบกับความผูกพันทางสายโลหิตในฐานะของบิดา มารดา และบุตรทำให้ลักษณะของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นเป็นความผูกพัน ที่มีความเอื้ออาทร ห่วงใย และจริงใจต่อกันเป็นพื้นฐาน และมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยนาน 10-15 ปี เป็นระยะการดูแลที่ยาวนาน เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (กุ่มมาภิชาติ แสงเขียว, 2542) จากการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาริกา (2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมานานตั้งแต่ 6-10 ปีขึ้นไป และมีความสัมพันธ์โดยเป็นบิดา มารดาของผู้ป่วยจิตเภท จะสามารถยอมรับ และอดทนต่อการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ และให้อภัยเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว ดังจะเห็นได้ว่า ความรัก ความผูกพันที่ผู้ดูแลมีให้กับผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถที่จะให้การดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทได้ต่อไปแม้ว่าจะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก็ตาม ดังนั้นเพื่อให้ผู้ดูแล สามารถดูแล ผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลจึงต้องแสวงหาความรู้ทั้งจากบุคคล เอกสารวิชาการเพื่อให้ ตนเองเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น

จากการศึกษาลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีอายุ 36 – 40 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คู่ สอดคล้องกับไพรัตน์ คุณากร(2534) ที่กล่าวว่าประมาณ ร้อยละ90 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจะอยู่ในช่วงอายุ15-54 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาชั้น ประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับสมภพ เรืองตระกูล(2536) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ฐานะ ยากจนและการศึกษาน้อย จากการศึกษพบว่าบางรายต้องออกจากการศึกษาที่กำหนด เนื่องจาก มีอาการทางจิตเป็นผลให้ไม่สามารถศึกษาต่อได้ ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ได้ ประกอบอาชีพใดๆ ประกอบกับอาการทางจิตที่ยังคงปรากฏอยู่ในตัวผู้ป่วยจึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลตัดสินใจไม่ให้ผู้ป่วยทำงานประกอบอาชีพใดๆ แต่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วย ช่วยเหลืองานบ้านเล็กน้อยเท่านั้น มีผู้ป่วยเพียงบางรายเท่านั้นที่ไปรับจ้างทำงานนอกบ้านบางครั้ง เมื่ออาการทางจิตสงบลง ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนาน มากกว่า10-15 ปี เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทใน กลุ่ม ศึกษา ระหว่างก่อนกับหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม โดยก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 67.00$) และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 112.60$) จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. การให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้นหลังได้รับโปรแกรม ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น รูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยมีลักษณะสำคัญ คือเป็น กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลช่วยเหลือให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถในการควบคุม ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของตนเอง (Price, 1988) หรือเป็นกระบวนการ ส่งเสริมอำนาจและความสามารถของบุคคลในการเป็นเจ้าของชีวิตของตนเอง (Gray, Doan, & Church, 1990 อ้างในพนารัตน์ เจนจบ, 2542)

จากผลการศึกษายืนยันได้ว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่ในระดับดี เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีกิจกรรม 4 ขั้นตอนคือขั้นตอนที่ 1 พัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อภิปรายถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล สนับสนุน ข้อมูล ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเอง ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการตระหนักในคุณค่าของตนเอง อภิปรายถึงสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล ความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตนเองและของผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาศักยภาพการดูแล อภิปรายการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและนำไปปฏิบัติและให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม ขั้นตอนที่ 4 พัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล ให้คิดทบทวน วิเคราะห์ ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขการปรับแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพให้กำลังใจสนับสนุนให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

จะเห็นได้ว่าแต่ละกิจกรรมผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นร่วมกัน มีการแสดงความคิดเห็นอกเห็นใจ การให้ความช่วยเหลือกันในช่วงการให้การเสริมสร้างพลังอำนาจ ตลอดจนการได้เปิดเผยความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ทำให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้น สอดคล้องตามแนวคิดของ Gibson (1995) ที่กล่าวว่า ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือการเพิ่มความสามารถและความแข็งแกร่งของผู้ดูแลให้สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความสามารถและความแข็งแกร่งเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ดูแลปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี รู้จักตนเอง ยอมรับความจริง ควบคุมตนเองมีความมั่นใจ และพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเองได้เหมาะสม นำมาซึ่งการดูแลตนเองด้านสุขภาพดีขึ้น ทำให้มีความสุขที่ดีซึ่งเป็นสภาวะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งการมีความสุขที่ดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สัมพันธ มณีรัตน์, 2546)

นอกจากนี้กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มุ่งให้เกิดการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเภท พัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและการตระหนักในคุณค่าของตนเอง ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพชีวิตสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Framcell (1998) พบว่าการได้รับความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชและการมีส่วนร่วมในแผนการรักษาสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้สูงขึ้นได้ ในทางเดียวกัน Mok et al. (2000) ศึกษาเรื่องความเข้าใจการ

เสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในฮ่องกงเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 24 คน ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยกลยุทธ์ 4 อย่าง คือ 1. การสร้างสัมพันธภาพ 2. การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้และทักษะ 3. การตระหนักถึงความสำคัญของตนเองของผู้ดูแล 4. ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดี ผลที่ตามมาของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ สัมพันธภาพที่อบอุ่น ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีคุณค่า ทออดทิ้ง ยอมรับการตายของผู้ป่วย มีความพึงพอใจต่อการดูแล ตระหนักในความสำคัญของตนเองและความรู้สึกที่สงบ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ สรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการสนับสนุนให้กำลังใจรวมถึงการตระหนักในความสำคัญของตนเองของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลให้สูงขึ้น

การศึกษาของ Suk bling (1998) อธิบายใน สัมพันธ์ มณีรัตน์, (2546) พบว่าผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพส่งผลต่อ 1) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ 2) การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม 3) การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์สุขภาพที่ดี (Well being) ซึ่งผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลต่อสุขภาพที่ดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Corrigan W.P. และ German A.N. (1997) ได้ศึกษาวิจัยโดยการนำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการบำบัดทางจิตสังคม และงานบริการทางจิตเวช พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ความมีคุณค่าแห่งตน

2. เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม หลังการศึกษาสูงกว่าก่อนการศึกษาในทุกด้าน โดยคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 32.80, 26.95, 12.45$ และ 32.40 ตามลำดับ) สามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จากการศึกษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี(ตารางที่8) ก่อนการให้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องเหนื่อย ล้ากับการดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อน มีอาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย หลังจากให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้เข้าใจบทบาทหน้าที่และผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย บุคคลจะรู้สึกดีขึ้นหากมีการเปลี่ยนความคิด โดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาที่จะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ ซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อสามารถดูแลตนเองได้

อย่างถูกต้องและเหมาะสม และให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การให้ข้อมูลดังกล่าวแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ความเข้าใจในตัวผู้ป่วย เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น Mok et al. (2002 อ้างในสมคิด ตรีราก็, 2545) ได้สรุปว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการสนับสนุนให้กำลังใจผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจที่ดี

2.2 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ จากการศึกษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 8) ก่อนการให้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องมีความรู้สึกวิตกกังวล เครียด เบื่อหน่ายท้อแท้ในการดูแล เนื่องจากดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาานาน ทำให้มีโอกาสรื้อหรือแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ เหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยและประสิทธิภาพของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้มาก หลังจากให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้และเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย ความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยและยอมรับบทบาทผู้ดูแลอย่างเต็มใจ รู้จักตนเองทั้งด้านจุดเด่น จุดด้อยและข้อจำกัดของตน จะทำให้บุคคลรู้สึกถึงความมีคุณค่าของตนเองได้และจะเป็นส่วนหนึ่งของความเข้มแข็งในตนเอง ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวนต่าง ๆ ในชีวิต จึงสามารถดำรงความมีสุขภาพดีและมีความสุขในชีวิตหรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจยังมีผลทางบวกต่อความเครียดของผู้ดูแล (Friesen & Wahlers, 1989 cited in Nirbhay & John, 1997 อ้างใน สมคิด ตรีราก็, 2545) ในทางเดียวกัน Kay. (1996 อ้างใน หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545) พบว่าวิธีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติให้ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและวิธีเผชิญความเครียดร่วมกับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพจิตเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวปรับตัวและมีวิธีเผชิญความเครียดที่ดีส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.3 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม จากการศึกษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี(ตารางที่ 8) ก่อนการให้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องความเป็นอิสระลดลง ไม่ค่อยมีเวลาได้ออกไปพบใคร ไม่มีเวลาร่วมกิจกรรมในสังคม

จนรู้สึกว่าคุณค่าไม่มีคุณค่า หลังจากให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มตัวอย่างมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเองและลงมือปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลาย มีความมั่นใจในการตัดสินใจ มีความหวังในชีวิตมากขึ้น ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการให้ข้อมูลดังกล่าวแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ถือว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งและเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ความเข้าใจในตัวผู้ป่วย เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ ผู้ที่มีคู่ชีวิตคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันเป็นแหล่งประโยชน์ที่เสริมแรงให้การสนับสนุนด้านความรู้ เอื้ออำนวยต่อการแสดงออกถึงสิ่งที่กังวล ห่วงใย รวมทั้งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม(Hibert อ้างใน ฌัญญาพรหมบุตร, 2545)

2.4 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 8) ก่อนการให้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องสิ่งแวดล้อม สภาพบ้านเรือนสกปรก ไม่น่าอยู่ รู้สึกไม่ค่อยปลอดภัยเวลาผู้ป่วยอาการกำเริบ กลัวถูกทำร้าย หลังจากให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้และเข้าใจถึงผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อม สามารถจัดการกับอาการเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด ทำร้ายคนอื่น ผู้ดูแลสามารถควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกมั่นใจมีพลังอำนาจ มีความสามารถและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหาในครั้งต่อไป แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้ว โดยการเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง เมื่อนำวิธีเลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จและได้รับกำลังใจจากสมาชิกกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเช่นเดียวกัน ก็จะทำให้เกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลนั้น

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินพลังอำนาจเพื่อเป็นเครื่องมือในการกำกับการทดลองพบว่าหลังจากใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีพลังอำนาจที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป โดยใช้เกณฑ์คะแนนพลังอำนาจร้อยละ 60 ขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 100 คะแนนถือว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีพลังอำนาจที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทคะแนนพลังอำนาจเฉลี่ยเท่ากับ 71.65 โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 60 สอดคล้องกับการศึกษาของ สมคิด ตรีวาทิ (2545) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีผลทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงเข้าใจระบบบริการของโรงพยาบาล และมีความตระหนักในคุณค่าของตนเอง ทำให้ผู้ดูแลมีพลังอำนาจที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ดังการศึกษาของ Nirbhay & John (1997 อ้างใน สมคิด ตรีราที , 2545) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความรู้เกี่ยวกับระบบบริการด้านสุขภาพจิต ความรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ นอกจากนี้ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ยังได้รับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่ผู้ศึกษาได้นำมาไว้ในขั้นตอนต่างๆ ของโปรแกรม ไม่ว่าจะเป็นการที่ผู้ศึกษา ทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทพึงจะได้รับ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจควรใช้กระบวนการกลุ่มที่มีขนาดเล็ก ออตาเวย์ (Ottaway, 1996) กล่าวว่า กลุ่มควรมีขนาดเล็ก เพราะจะช่วยให้สมาชิกมีโอกาสแสดงออกอย่างอิสระ โดยทั่วถึงกัน สมาชิกไม่ต้องใช้เสียงดังมากนัก ทุกคนในกลุ่มสามารถได้ยินอย่างทั่วถึง ดังนั้นกลุ่มควรมีขนาดอย่างมาก 12 คน หรือถ้ามากกว่านั้นไม่ควรเกิน 15 คน เพราะมีฉะนั้นแล้วจะทำให้แบบพฤติกรรมผิดไปจากเดิม ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมที่สุด ควรมีจำนวนสมาชิก 9-20 คน จึงจะทำงานบังเกิดผลดีที่สุด ในการศึกษานี้ นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่ากลุ่มที่มีขนาดเล็ก มีจำนวนสมาชิกกลุ่มละ 3-5 คน เป็นขนาดกลุ่มที่เหมาะสม เนื่องจากให้สมาชิกมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์แสดงออกอย่างอิสระโดยทั่วถึงกัน สมาชิกไม่ต้องใช้เสียงดังมากนัก ทุกคนในกลุ่มสามารถได้ยินอย่างทั่วถึง และพบว่าปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มช่วยเพิ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ และเพื่อความสะดวกติดตามในการนัดหมายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการดำเนินการศึกษานี้ผู้ศึกษาจึงใช้ขนาดของกลุ่ม 3-5 คน

สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับปัญหาให้มีประสิทธิภาพซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาวะที่ดีและส่งผลให้ผู้ดูแลประเมินองค์ประกอบต่างๆของคุณภาพชีวิตในด้านดี และเนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญทางการพยาบาล ดังนั้นการใช้โปรแกรมนี้เข้าไปให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทให้มีความพึงพอใจในองค์ประกอบในชีวิตส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในการพยาบาล นอกจากนั้นยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวได้อย่างดีอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบันเน้นให้ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทช่วยเหลือตนเองสามารถอยู่ใน สังคมและชุมชนอย่างมีความสุข ทั้งยังเป็นการลดการสูญเสียทั้งด้านบุคคล สังคมและเศรษฐกิจของประเทศได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล พยาบาล จะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้การปรึกษาด้านสุขภาพ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งมีทักษะการประสานงานที่ดีเพื่อเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมตามที่กำหนด

2. ควรมีการศึกษาที่ต่อเนื่องในลักษณะของการติดตามผลเป็นระยะรวมถึงการประเมินผลระยะปานกลาง 3 เดือน และการประเมินผลระยะยาว 1 ปี เพื่อดูผลการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมบำบัด และการฝึกให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งน่าจะเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้สูงขึ้น

3. ควรศึกษาในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยซึมเศร้า โรคจิตทางอารมณ์ เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นว่ามีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยแต่ละโรค