

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*

THE EFFECT OF GROUP COUNSELING PROGRAM ON COPING ABILITY
OF CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY*

รัตนา พันจุย, พยบ. (Rattana Punjuy, R.N.)**

อรรพวรรณ ถีโอนฤชวัชชัย, Ph.D. (Oraphan Lueboonthavatchai, Ph.D.)***

รัตน์ศิริ ทาโต, Ph.D. (Ratsiri Thato, Ph.D.)***

Abstract

Objective: The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of group counseling program on coping ability of caregivers of schizophrenic patients in community.

Methods: Group counseling theory (Mahler, 1969) was used as a theoretical framework to develop the program. A subjects of this study were caregivers of schizophrenic patients in a community in the Ta Phraya District Health Office, Sa Kaeo province. They were matched by sex, age and length of patient care, 20 per group. The control group received routine care, while the experimental group received group counseling program. The program comprised of four sessions: 1) The involvement stage 2) The transition stage 3) The working stage, and 4) The ending stage. The intervention program was tested for content validity by five experts. Data were collected using the coping ability

questionnaire. The cronbach 's alpha coefficient was .91. Data were analyzed using descriptive and t-test statistics.

Results: Major findings of this study were as follows:

1. The mean score of coping ability of caregivers of schizophrenic patients in community after receiving group counseling program ($\bar{X} = 2.60$, $SD = 0.12$) was significantly higher than before participating in the program ($\bar{X} = .79$, $SD = 0.29$) ($p < .05$).

2. The mean score of coping ability of caregivers of schizophrenic patients in community receiving group counseling program ($\bar{X} = 2.60$, $SD = .12$) was significantly higher than those of the control group ($\bar{X} = 1.80$, $SD = .41$) ($p < .05$).

Keywords: Caregivers for schizophrenic patients, Coping ability, Group counseling

*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเวียง

***Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: ora_lueboon@hotmail.co.th

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วิธีการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มของ Mahler (1969) เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในเขตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว โดยจับคู่ด้านเพศ อายุ และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละจำนวน 20 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม 2) ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม 3) ขั้นการดำเนินงาน และ 4) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา มีค่าความเที่ยง .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและการทดสอบค่าที

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ($\bar{X} = 2.60$, $SD = .12$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ($\bar{X} = .79$, $SD = .29$)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ($\bar{X} = 2.60$, $SD = .12$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 1.80$, $SD = .41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการเผชิญปัญหา การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขตลอดมาโดยพบประมาณร้อยละ 80 ของการเจ็บป่วย (กรมสุขภาพจิต, 2553) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรมการตัดสินใจ และความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (World Health Organization, 2010) นอกจากนี้ผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่และสมรรถนะทางสังคมเสื่อมไป มีความพร่องในการทำหน้าที่ประจำวัน (ทูลภา บุปผาสังข์, 2545) ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (พิเชษฐ ฤกษ์มรรตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) นอกจากนี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและมีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) ถ้าความเครียดนั้นมีมากและเกิดยาวนานจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิด สติปัญญา อารมณ์ และเจตคติของผู้ดูแล (มานิช หล่อตระกูล

และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) ทำให้ความสามารถในการเผชิญหน้ากับปัญหาไม่ดี (ดาวรุ่ง หนูแก้ว, 2546) การมองเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยไม่ดีคิดว่าผู้ป่วยเป็นภาระ (แก้วตา มีศรี, 2554; Bull, 1990) ทำให้การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด การบรรเทาอาการตึงเครียดของผู้ดูแลไม่ดี ไม่สามารถระบายความรู้สึกที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหรือระบายความตึงเครียดของตนเองได้ (ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546; Jalowice, Murphy, & Power, & Marjories, 1984) ทำให้เกิดความเครียดต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องใช้การประคับประคองจากสังคม และชุมชนในการดูแลผู้ป่วย (Watson & Dodd, 1984) ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดีและมีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (Hall & Docherty, 2000) ทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ไม่สามารถแก้ไขปัญหที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (จิรารัตน์ คณิงเพียร, 2550; Kausar & Tanveer, 2009)

ความทุกข์ของผู้ดูแลเกิดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไม่สามารถคาดเดาได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับความเดือดร้อน หรือรู้สึกลำบากใจในการแก้ปัญหา เช่น ก้าวร้าวเป็นอันตรายต่อผู้อื่นและตัวผู้ป่วยเอง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาสิ่งเหล่านี้รบกวนผู้ดูแลมากที่สุด (Francell, Conn, & Gray, 1988) และมีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความตึงเครียด ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสามารถในการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง โดยใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการ

กับอารมณ์ ร้อยละ 40 หมายความว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญหน้ากับปัญหาไม่ดี (กาญจนา ขาวนอก, 2548) ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และถ้าผู้ดูแลมีกลวิธีในการจัดการกับปัญหาด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาดีขึ้น สามารถเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ได้ สามารถแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด และบรรเทาอารมณ์ตึงเครียดต่าง ๆ ได้ สามารถใช้การประคับประคองจากบุคคลอื่นโดยการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น เช่น จากผู้รู้ ผู้มีประสบการณ์ และมีการพึ่งพาตนเองในด้านการแก้ไขปัญหา และการจัดการความเครียดด้วยตนเอง ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาดีขึ้น มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง (มยุรี กลับวงษ์ และคณะ, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งสนับสนุนให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังมีปัญหาในเรื่องของความสามารถในการเผชิญปัญหา แม้ว่าผู้ดูแลเหล่านี้จะได้รับการพัฒนาทักษะ และส่งเสริมการเลือกวิธีในการเผชิญปัญหาแล้วก็ตาม เช่น การศึกษาของเดโลราและคณะ (Perlick et al., 2006) พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาด้านอารมณ์ คุณภาพชีวิต ความเจ็บป่วย การเงิน และปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 93 และจากการศึกษาของแมกกลาโน และคณะ (Maglano, McDaid, Kirkwood, Berzins, 2007) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านสุขภาพจิตร้อยละ 83 และมีความรู้สึกละเลย ร้อยละ 62 สอดคล้องกับการศึกษาของไวทอง และคณะ (Wai-Tong, Chan, & Morrissey, 2007)

ครอบครัวและผู้ดูแลมักเผชิญปัญหาและความเครียดของพฤติกรรมที่แปลกประหลาดและไม่วางใจของผู้ป่วย และเผชิญกับปัจจัยภายนอก ได้แก่ งบประมาณ ครอบครัวถูกแยกจากสังคม ทำให้เกิดความสับสนทางอารมณ์ และเกิดความขัดแย้งในการดูแลผู้ป่วย (สุพัฒนา สุขสว่าง และคณะ, 2548) ข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าความสามารถในการเผชิญปัญหา 6 ด้าน คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 2) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี 3) การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด 4) การบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด 5) การใช้การประคับประคอง และ 6) การพึ่งพาตนเอง มีความสำคัญกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ช่วยให้ผู้ดูแลได้มีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมก่อให้เกิดการเรียนรู้ เป้าหมายของการให้คำปรึกษา คือ การแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เมื่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้รับการแก้ไข ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย (อาภา จันทรสกุล, 2550) โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษา 4 ขั้นตอน คือ การก่อตั้งกลุ่ม การเปลี่ยนลักษณะกลุ่ม การดำเนินงาน และยุติการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจสภาพปัญหาของตน ยอมรับสภาพ ตลอดจนสามารถแก้ปัญหา และสามารถเผชิญปัญหาได้เหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) มีความรับผิดชอบในพฤติกรรมของตนไปในทางที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง สามารถกำหนดเป้าหมายชีวิตทั้งในปัจจุบันและระยะยาวได้ชัดเจนและมีระบบ มีการกำหนดจุดมุ่งหมาย เน้นการช่วยส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา 6 ด้าน คือ การเผชิญหน้ากับ

ปัญหา การมองเหตุการณ์ในแง่ดี การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด การบรรเทาอารมณ์ การใช้การประคับประคอง และการพึ่งพาตนเอง จะเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ใช้ศักยภาพของตนอย่างเต็มที่ในการเผชิญปัญหา โดยส่งเสริมให้ผู้ที่มีมารับบริการ มีความรู้ ทักษะ การตัดสินใจ การหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาชีวิตของตนได้ดี เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยให้ผู้ดูแลหรือผู้รับคำปรึกษาสามารถจัดการหรือแก้ไขปัญหาของตนได้ดียิ่งขึ้น (สาริณี โต๊ะทอง, 2548) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อันเป็นการส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแล และเอื้ออำนวยแหล่งสนับสนุนทางสังคม อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้นำแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (counseling group) ของมาร์เลอร์ (Mahler, 1969) ซึ่งมีรูปแบบการให้คำปรึกษาที่ช่วยให้บุคคลค้นพบสิ่งที่ปัญหาของตน มีความเข้าใจ

ตนเองมากขึ้นและเรียนรู้ที่จะเข้าใจผู้อื่น รวมทั้งมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม สิ่งเหล่านี้เกิดจากการที่สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน กล้าเปิดเผยความรู้สึกต่อกัน เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีโอกาสได้รับฟังการแก้ไขปัญหาจากบุคคลอื่น และเลือกแนวทางในการจัดการกับปัญหาได้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้น สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการนำแนวคิดการเผชิญปัญหาของจาโลวิช (Jalowiec et al., 1984) และเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีการดำเนินการ 4 ครั้ง มีเป้าหมายสนับสนุนให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม มี 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ ขั้นตอนที่ 1) ขั้นก่อตั้งกลุ่ม ขั้นตอนที่ 2) ขั้นเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม ขั้นตอนที่ 3) ขั้นการดำเนินงาน และขั้นตอนที่ 4) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน โดยวิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองจริยธรรมในการดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการรับรองจริยธรรมในการดำเนินการวิจัย ในวันที่ 6 พฤศจิกายน 2555 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบและเข้าใจในกระบวนการการดำเนินโครงการทุกขั้นตอน และแจ้งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัว

ออกจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาถ้าต้องการในระหว่างการดำเนินโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ เครื่องมือกำกับการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดการเผชิญปัญหาของจาโลวิช (Jalowice et al., 1984) และแนวคิดการให้คำปรึกษาของมาร์เลอร์ (Mahler, 1969) โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีความสามารถในการเผชิญปัญหาของจาโลวิช (Jalowice et al., 1984) และแนวคิดการให้คำปรึกษาของมาร์เลอร์ (Mahler, 1969) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเผชิญปัญหา

2. กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรมตามแนวคิดการให้คำปรึกษาของมาร์เลอร์ (Mahler, 1976) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม 2) ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม 3) ขั้นการดำเนินงาน และ 4) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา

3. สร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และมีการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน 4 ขั้นตอนดังนี้ คือ ขั้นตอนที่ 1) ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม ขั้นตอนที่ 2) ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม ขั้นตอนที่ 3) ขั้นการ

ดำเนินงาน และขั้นตอนที่ 4) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นเป็นรูปแบบการให้การพยาบาลแก่บุคคลเป็นรายกลุ่ม โดยการพบสมาชิกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1½ – 2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 8 ครั้ง ใช้ระยะเวลาประมาณ 4 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2: แบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก แบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของ เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ (2548) โดยได้ดัดแปลงให้เหมาะสมกับการวิจัย ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ตัดข้อความออก 2 ข้อ อันเป็นข้อความที่ซ้ำซ้อนกัน ดังนั้นจึงเหลือข้อความทั้งหมดจำนวน 40 ข้อ มีข้อความที่มีความหมายด้านลบทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 14, 32, 35 ซึ่งแบบวัดนี้ประกอบไปด้วยความสามารถในการเผชิญปัญหา 6 ด้าน รวม 40 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในการทดลอง ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมได้เท่ากับ .95

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .91

เครื่องมือกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ในการเผชิญปัญหาของ ปรีชาธิ กิจคุณธรรม (2547) โดยใช้หลักการเผชิญปัญหาของลาซารัสและฟอร์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และจาโลวิช (Jalowice et al., 1984) เพื่อสร้างข้อความรู้ในการเผชิญปัญหา โดยนำมาปรับให้ตรงกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 13 ข้อ และเชิงลบ 7 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .95 มี ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์คูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson-20) เท่ากับ .86

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยขอเข้าพบสาธารณสุขอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว เพื่อแนะนำตนเองและขอชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย หลังจากได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอแล้ว ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา (pre-test) ระยะดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับ

การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยมีการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา จำนวน 8 ครั้ง ในวันจันทร์ และวันพุธ ครั้งละ 1½ – 2 ชั่วโมง ทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยใช้เวลาในช่วง 9.00-11.00 น. และเวลา 13.00-15.00 น. โดยมีการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1) ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม ขั้นตอนที่ 2) ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม ขั้นตอนที่ 3) ขั้นการดำเนินงาน และขั้นตอนที่ 4) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา หลังการทดลองผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามความสามารถในการเผชิญปัญหา (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการคำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติทดสอบ dependent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และใช้สถิติทดสอบ independent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคืออายุ 55-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 และน้อยที่สุดคืออายุ 20-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 10 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองพบว่าเป็นน้องมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคือ มารดาคิดเป็นร้อยละ 20 และน้อยที่สุดคือ สามีและภรรยา คิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นสามีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ

30 รองลงมาคือ น้องและมารดา คิดเป็นร้อยละ 20 และน้อยที่สุดคือบิดา คิดเป็นร้อยละ 5 และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยพบว่าระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคือ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 และน้อยที่สุดคือน้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 10

2. ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มทดลอง (n = 20)

กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ความสามารถในการเผชิญปัญหา	0.79	0.29	2.60	0.12	19	93.757	.000

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มก่อนการทดลองเท่ากับ 0.79 (ระดับไม่ดี) ซึ่งมีพิสัย 0-3 หลังการทดลองเท่ากับ

2.60 (ระดับดี) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติด้วย paired t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังเข้ารับการทดลอง กลุ่มควบคุม (n = 20)

กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ความสามารถในการเผชิญปัญหา	0.92	0.09	1.80	0.41	19	19.615	.000

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการทดลองเท่ากับ .92 (ระดับไม่ดี) ซึ่งมีพิสัย 0-3 และหลังการทดลองเท่ากับ 1.80 (ระดับพอใช้) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติด้วย paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความ

สามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความสามารถในการเผชิญปัญหาก่อนและหลังได้รับการทดลองแตกต่างกัน โดยก่อนการทดลองอยู่ในระดับไม่ดี และหลังการทดลองอยู่ในระดับพอใช้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

คะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหา	กลุ่มทดลอง $\bar{X}$ (SD)	กลุ่มควบคุม $\bar{X}$ (SD)	df	t
ก่อนการทดลอง	0.79 (.29)	0.92 (.09)	38	1.579
หลังการทดลอง	2.60 (.12)	1.80 (.41)	38	-17.519*

* $p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มก่อนการทดลองเท่ากับ 0.79 (ระดับไม่ดี) และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการทดลองเท่ากับ 0.92 (ระดับไม่ดี) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติด้วย independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่แตกต่างกัน โดยอยู่ในระดับไม่ดี ทั้งสองกลุ่ม สำหรับหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง

ของกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 2.60 (ระดับดี) กลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ 1.80 (ระดับพอใช้) เมื่อเปรียบเทียบกับด้วย independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั่นคือ ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีความสามารถในการเผชิญปัญหามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ

ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี ได้เรียนรู้ทักษะการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของตนเองให้มีความเหมาะสมมากขึ้น โดยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการที่เน้นให้สมาชิกเผชิญหน้ากับปัญหาหรือความไม่มีความสุข ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Troztter, 1977) และยังเน้นการพัฒนาให้สมาชิกกลุ่ม มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในปัญหาและความรู้สึกของตนเอง สมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสได้แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็นของแต่ละคนเป็นการระบายความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจ ได้สำรวจตนเอง ได้ฝึกการยอมรับตนเอง กล้าที่จะเผชิญปัญหา และได้ใช้ความคิดในการแก้ปัญหา หรือปรับปรุงตนเอง ขณะเดียวกันยังได้มีโอกาสรับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของสมาชิกคนอื่น และได้ตระหนักว่าคนอื่นก็มีปัญหาเช่นกัน นอกจากนี้ การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นมุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนเกี่ยวกับความรู้สึก ทศนคติ อารมณ์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกโดยมีการจัดสภาพแวดล้อมภายในกลุ่มให้เกิดบรรยากาศที่จะให้สมาชิกระบายความรู้สึก ทศนคติของตนเองออกมาด้วยความสมัครใจ ช่วยทำให้เกิดความภาคภูมิใจว่าตนเองสามารถให้ข้อคิดอันเป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม รวมทั้งวิธีการของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนี้ ทำให้สมาชิกแต่ละคนเกิดความภาคภูมิใจว่าตนสามารถให้

ข้อคิดอันเป็นประโยชน์ต่อเพื่อนในกลุ่มได้ (วัชรทรัพย์มี, 2554)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความสามารถในการเผชิญปัญหาดีขึ้น ส่งผลให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาแต่ละด้าน การเผชิญหน้าในการแก้ไขปัญหา การมองเหตุการณ์ในแง่ดี การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด การบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด การใช้การประคับประคอง และการพึ่งพาตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีความสามารถในการเผชิญปัญหาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น และมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชน ควรนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อันเป็นการปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การลดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการวิจัย

ในการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหา ควรมีการติดตามผลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามผลความสามารถในการเผชิญปัญหาติดตามหลังการเข้าร่วมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อจะได้ทราบว่า ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสามารถพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้คงทนเพียงใด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุชราชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่เป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจ คอยชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอตาพระยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเวียง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกลาน พี่ ๆ น้อง ๆ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดเวียง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกลาน จังหวัดสระแก้วทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ให้คำแนะนำอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และศึกษาการใช้เครื่องมือ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถิติโรงพยาบาลจิตเวช. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาสุขภาพจิต.*
- กาญจนา ขาวนอก. (2548). *เปรียบเทียบความเข้มแข็งในการมองโลกและวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์. (2548). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- ดาวรุ่ง หนูแก้ว. (2546). *ผลการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการปรับตัวและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง ด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์,*

- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลา บุปผาสังข์. (2545). *ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธิดารัตน์ คณิงเพียร. (2550). *กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. สุรินทร์: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์.
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วัชร ทรัพย์มี. (2554). *ทฤษฎีและกระบวนการให้คำปรึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาริณี โส๊ะทอง. (2548). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาภา จันทรสกุล. (2550). *ทฤษฎีและการให้คำปรึกษาในโรงเรียน* (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- Bull, M. J. (1990). Factor influencing family caregiving burden and health. *Western Journal of Nursing Research*, 12(6), 758-776.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Kaczynski, R., Swartz, M. S., Cañive, J. M., & Lieberman, J. A. (2006). Components and Correlates of Family Burden in Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57, 1117-1125.
- Francell, C. G., Conn, V. S., & Gray, D. P. (1988). Family's Perception of burden of care of chronic mental relative. *Hospital Community Psychiatry*, 39, 1296-1300.
- Hall, M. J., & Docherty, N. M. (2000). Parent coping styles and schizophrenia patient behavior as predictor of expressed emotion. *Family Process*, 39, 435-444.
- Jalowiec, A., Murphy, S., & Powers, M. J. (1984). Psychometric assessment of Jalowiec coping Scale. *Nursing Research*, 33(3), 157-162.
- Kausar, R., & Tanveer, N. A. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 35 (2), 321-339.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Magliano, L., McDaid, D., Kirkwood, S., & Berzins, K. (2007). Careers and families of people with mental health problems. In M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos & G. Thornicroft (Eds.), *Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care*.

- Berkshire: Open University Press.
- Mahler, C. A. (1969). *Group counseling in the school*. Boston: Houghton Mifflin.
- Troster, J. P. (1977). *The counselor and the group: Integrating theory, training, and practice*. California: Wadsworth.
- Wai-Tong, C., Chan, S. W. C., & Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *Journal of clinical Nursing*, 16(6), 1151 - 1161.
- Watson, A. K., & Dodd, C. K. (1984). Alleviating communication apprehension through rational emotive evaluation. *Communication Education*, 33, 257-26.
- World Health Organization. (2010). *The ICD 10 Classification of Mental and Behavioral Disorder Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.

